

Beitrag zur Struktur der Anorexia Nervosa

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

der Philosophischen Fakultät

der Albert-Ludwigs-Universität

zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von

JUTTA LANGE
aus Düsseldorf

Freiburg 1965

Beitrag zur Struktur der Anorexia Nervosa

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von
JUTTA LANGE
aus Düsseldorf

Freiburg 1965



Referent: Prof. Dr. Hildegard Hiltmann

Korreferent: Prof. Dr. Robert Heiß

Dekan: Prof. Dr. Bruno Boesch

Tag der mündlichen Prüfung: 28.5.1965

INHALT

Einleitung: Allgemeines Ziel der Arbeit.....	S. 4
I. Literatur in bezug auf die Abgrenzung der Anorexia nervosa und Einteilungsmodi innerhalb dieser Krankheitsgruppe	S. 6
II. Kurzer Überblick über die Untersuchungsgruppe und deren Begründung.....	S. 8
III. Klinische und Verhaltensmerkmale der untersuchten Anorexie-Patientinnen.....	S. 10
IV. Psychoanalytische und klinische Literatur in bezug auf die Strukturmerkmale der Anorexia nervosa.....	S. 12
V. Psychodiagnostische Literatur über Strukturmerkmale bei der Anorexia nervosa.....	S. 17
VI. Spezifisches Ziel dieser Arbeit.....	S. 22
VII. Materialbeschreibung und Materialkritik.....	S. 27
VIII. Bestätigung und Verifikation der Hypothesen anhand psychodiagnostischer Untersuchungen (HAWIE, Rorschach-Test, FPT).....	S. 30
1. Erwartungen und Ergebnisse bei der Auswertung des HAWIE-Tests.....	S. 30
a. Erwartungen beim HAWIE-Test.....	S. 30
b. Befunde und statistische Auswertungen beim HAWIE-Test.....	S. 30
c. Versuch einer Interpretation der anhand des HAWIE-Tests erzielten Ergebnisse.....	S. 37
2. Erwartungen und Ergebnisse bei der Auswertung des Rorschach-Tests.....	S. 40
a. Strukturmerkmale, von denen erwartet werden kann, daß sie sich im Test zeigen werden.....	S. 40
b. Testmerkmale und Merkmalskombinationen, an denen sich die Strukturmerkmale voraussichtlich nachweisen lassen..	S. 40
c. Statistische Berechnungen.....	S. 47
d. Interpretation der bisherigen Resultate anhand des Rorschach-Tests.....	S. 64
e. Unerwartete Befunde und deren Diskussion.....	S. 72
3. Erwartungen und Ergebnisse anhand des Farbpyramidentests.....	S. 83
a. Erwartungen beim Farbpyramidentest.....	S. 83

b. Befunde und statistische Berechnungen.....S.	85
c. Interpretation der Ergebnisse anhand des Farbpyramidentests.....S.	90
IX. Zusammenfassung und Interpretation der gesamten Ergebnisse unter Berücksichtigung tiefenpsychologischer Überlegungen.....S.	93
Schluß: Leistungen der einzelnen Tests bzw. einer Testbatterie im Hinblick auf die Beurteilung der Behandlungsfähigkeit magersüchtiger Mädchen.....S.	104
Literaturverzeichnis.....S.	108

Einleitung: Allgemeines Ziel der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, Strukturmerkmale von Patientinnen, die an einer Anorexia nervosa leiden, anhand von psychodiagnostischen Verfahren zu objektivieren. In klinischen Erfahrungsberichten (THOMÄ 1961, CLAUSER 1964 u.a.) und psychologischen Veröffentlichungen (PALMER, MENSCH und MATARAZZO 1952, HILTMANN 1961 u.a.) sind "typische" Strukturmerkmale dieser Patientengruppe herausgestellt worden. In dieser Arbeit sollen sie einer Prüfung unterzogen werden, und zwar anhand von solchen psychodiagnostischen Verfahren, die diese Merkmale erfahrungsgemäß erfassen müßten.

Ganz bewußt haben wir dabei die somatischen Faktoren vernachlässigt und lassen offen, ob ein somatisches Entgegenkommen bei dieser Krankheit eine Rolle spielt oder nicht. Unser Ziel ist allein darauf gerichtet, psychische und psychogenetische Determinanten zu eruieren und anhand von objektiven Daten zu verifizieren.

Um eindeutige Ergebnisse erzielen zu können, müssen unsere Untersuchungen im Hinblick auf ein theoretisches Konzept angelegt werden. "Unsere Zwecke sind nämlich, den Menschen in seinen Motiven, ihrer Dynamik und Entwicklung zu erkennen und diese Erkenntnisse und dieses Verständnis in konkreten Fällen anzuwenden. Das Modell, das wir hierfür suchen, muss es uns gestatten, etwa die Störungen der Motivdynamik oder die Entwicklung der Motive aus ihm selbst, also aus dem Modell abzuleiten, noch bevor wir ihm empirisch begegnet sind, oder Einzelheiten dieser Störung zu erschließen, auf die uns sonst gar nicht eingefallen wäre zu achten" (TOMAN 1954, S. 20).

Um einen kursorischen Überblick über die Entwicklung von Persönlichkeitstheorien zu geben, kann zusammenfassend gesagt werden, daß nach den anfänglichen Ein-Motiv-Theorien, die nur einen Grundtrieb konzipieren, z.B. den Kampf aller gegen alle, mit der Zeit pluralistische Motivtheorien entwickelt wurden, bei denen man durch Hinzunahme immer weiterer Grundtriebe aufkommenden Schwierigkeiten zu begegnen versuchte, bis dann FREUD mit seinem Strukturgedanken einen grundlegend neuen Ansatz ge-

geben hat. Aus ihm entstand dann in mühevoller Arbeit das psychoanalytische Motivations- und Persönlichkeitsmodell, das u. E. trotz mancher Schwächen das "insgesamt expliziteste und leistungsfähigste von allen" (TOMAN 1954, S. 26) ist und vermutlich das leisten kann, was wir von einem Modell erwarten.

Wir legen deshalb unseren Untersuchungen dieses psychoanalytische Persönlichkeitsmodell zugrunde, um zu erforschen, was dieses Modell für unsere spezielle Frage leistet. Abgesehen von der Annahme, daß es vermutlich tiefere Erkenntnisse vermitteln kann als jede andere Konzeption, haben wir dabei den Vorzug, daß wir auf die Autoren eingehen können, die bisher die meisten Einsichten in dieses Krankheitsbild gewinnen konnten, weil sie bei ihren Überlegungen und Interpretationen psychoanalytischen Gedankengängen gefolgt sind (HILTMANN 1961, THOMÄ 1961, CLAUSER 1964 u.a.). Darüberhinaus können wir eigene Beobachtungen anhand psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlungen mit in die Diskussion hineinnehmen und umgehen außerdem die Gefahr, daß geringe oder mangelnde Ergebnisse nur durch die Verwischung von theoretischen Konzeptionen zustande kommen und nicht in der Sache selbst liegen.

Bevor jedoch noch weiter präzisiert wird, soll jetzt zuerst dargelegt werden, was wir unter Anorexia nervosa verstehen und wie wir dieses Krankheitsbild von anderen abgegrenzt haben.

I. Literatur in Bezug auf die Abgrenzung der Anorexia nervosa und Einteilungsmodi innerhalb dieser Krankheitsgruppe

Die Anorexia nervosa ist im deutschen Sprachraum mehr unter dem Namen "endogene oder psychogene Magersucht" (THOMÄ 1961, S. 19) bekannt und wird heute zu den psychosomatischen Erkrankungen gerechnet, also zu jener Krankheitsgruppe, deren körperliche Symptome vorwiegend durch psychische Faktoren verursacht oder aufrecht erhalten werden. "Die Richtung der Heilkunde, welche die Bedeutung seelischer Vorgänge für die Entstehung und Fortdauer körperlicher Krankheiten untersuchen will, ist unter dem Namen 'Psychosomatische Medizin' bekannt geworden" (v. UEXKÜLL 1963, S. 13). "Wesentliches und allgemeinstes Merkmal der Anorexia nervosa ist eine seelisch bedingte partielle und in schweren Fällen absolute Nahrungsverweigerung, die eine Kachexie zur Folge hat und ad exitum führen kann. Amenorrhoe bzw. Menstruationsstörungen und Obstipation sind nahezu konstante Symptome, und es ist eine offene Frage, ob man eine Anorexia nervosa diagnostizieren sollte, wenn keine Periodenstörungen und keine Obstipation vorliegen" (THOMÄ 1961, S. 32).

Wie aus den bisherigen Veröffentlichungen zu diesem Thema hervorgeht, können nervöse Anorexien praktisch in allen Alterstufen auftreten und sind sowohl in der Säuglings- und Kleinkindzeit (COMBY 1908, 1909 und 1912, zitiert nach THOMÄ 1961, S. 37) als auch im reifen Lebensalter und selbst im Greisenalter (VINTHER-PAULSEN, zitiert nach CLAUSER 1964, S. 135) beobachtet worden. Es gibt jedoch keinen Zweifel darüber, daß die Nahrungsverweigerung gehäuft bei Mädchen in der Pubertät und Nachpubertät (THOMÄ 1961, S. 31, CLAUSER 1964, S. 135 u. a.) auftritt und gerade in diesem Alter zu hochgradig kachektischen Zuständen führen kann. CLAUSER (1964) leitet aus diagnostischen Bezeichnungen die Vermutung ab, daß die "hochgradige Kachexie ein für die Pubertät besonders typisches Symptom der Anorexia nervosa ist" (CLAUSER 1964, S. 136). Er kommt zu dieser Folgerung, weil die Begriffe "Magersucht" und "Kachexie" in der Literatur fast ausschließlich bei Patientinnen des Pubertätsalters genannt werden, während in den übrigen Altersstufen nur von Anorexie die Rede ist. Die Annahme, daß es vorwiegend in der Pubertät und Nachpubertät zu alarmierenden

Zuständen kommt, stimmt auch mit unseren Beobachtungen überein und macht erklärbar, warum gerade die sogenannte "Pubertätsmagersucht" im Mittelpunkt des allgemeinen Interesses steht und häufig als gesonderte Gruppe beschrieben wird (SOMMER 1955, HILTMANN 1961, CLAUSER 1961 u.a.).

BLISS und BRANCH (1960) haben eine Anorexia nervosa diagnostiziert, wenn ein bemerkenswerter Gewichtsverlust aufgrund psychischer Ursachen registriert werden konnte (BLISS und BRANCH 1960, S. 24). Eine in kurzer Zeit erreichte "Gewichtsabnahme von 25 Pfund und mehr" (S. 25) wurde als Kriterium genommen, gleichgültig ob das nunmehr erreichte Gewicht noch der Norm entsprach, wenn z.B. vorher eine erhebliche Übergewichtigkeit bestand, oder sogar darüber lag.

MEYER (1961) hat bei magersüchtigen Patientinnen katamnestiche Untersuchungen durchgeführt. Er geht bei seiner Einteilung rein deskriptiv vor und hält die Anorexia nervosa für ein Syndrom, zu dem die Pubertätsmagersucht, die chronische Anorexie (eine Störung, die schon im Kindesalter beginnt und in der Pubertät eher eine Besserung erfährt) und die Anorexie als neurotische Reaktion (eine vorübergehende Nahrungsverweigerung als Antwort auf ein psychisches Trauma) gehören (MEYER 1961, S. 56).

Wie aus allen Ausführungen zu entnehmen ist, wird die Anorexia nervosa ungeachtet mancher Differenzen als eine übergeordnete Diagnose angesehen (BLISS und BRANCH 1960, THOMÄ 1961, CLAUSER 1964 u.a.), die viele Formen nervöser und psychisch bedingter Abmagerung, also auch die meist untersuchte Pubertätsmagersucht umfaßt und nicht auf ein bestimmtes Alter begrenzt ist. Es wäre darum von wissenschaftlichem Interesse, die Untersuchungen auf sämtliche Alterstufen auszudehnen, um das Anorexie-Problem in seiner Gesamtheit zu erforschen und zu prüfen, ob "es sich bei allen Fällen nervöser oder psychisch bedingter Abmagerung um Stationen desselben pathogenetischen Geschehens handelt" (CLAUSER 1964, S. 136).

II. Kurzer Überblick über die Untersuchungsgruppe und deren Begründung

Aus den oben angeführten Überlegungen heraus haben wir alle 32 Anorexia-nervosa-Kranke, die in einem Zeitraum von drei Jahren (Januar 1961 bis Januar 1964) in der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg von der Referentin mit jeweils den gleichen Verfahren (HAWIE, Rorschach-Test, FPT) getestet worden sind, in unsere Untersuchungen einbezogen, jedoch mit dem Ziel, die unterschiedlichen Alterstufen als bedeutsame Variable mit in Betracht zu ziehen. Leider konnten wir nicht alle Altersklassen erfassen und müssen uns in dieser Arbeit auf eine Altersspanne, die zwischen 13 und 32 Jahren liegt, beschränken. Darüberhinaus wurden nur die weiblichen Anorexien in die Untersuchungsgruppe aufgenommen, weil die im gleichen Zeitraum untersuchten drei männlichen Magersuchtspatienten ein zu kleines Kollektiv bilden, um gültige Aussagen machen zu können. In der Literatur gibt es dafür auch wenig Anhaltspunkte, weil sie nur in Einzelfällen beobachtet und beschrieben worden sind.

Unsere Untersuchungsgruppe umfaßt also nur die Anorexien der Pubertät und der anschließenden Alterstufen, die - wie noch ausgeführt wird - vermutlich im engen Zusammenhang mit Pubertätsschwierigkeiten entwickelt worden sind. Diese letztere Annahme wird durch die Arbeit von BAHNER unterstützt, der von den in der Reifezeit befindlichen Kranken spricht und dabei erwähnt, daß sich auch ältere magersüchtige Frauen stets als unreif erweisen (BAHNER 1954, S. 1141). Im Gegensatz zu BLISS und BRANCH (1960) haben wir jedoch nur die unter ihrem Normgewicht liegenden Patientinnen erfaßt, weil normalgewichtige, anorektische Kranke in der Klinik nicht vorgestellt wurden. Auch die von MEYER (1961) beschriebenen chronischen Anorexien und Anorexien als neurotische Reaktion sind in der Untersuchungszeit nicht gesehen und somit auch nicht in das Magersuchtskollektiv aufgenommen worden.

Tabelle I. Zusammensetzung der Magersuchtsgruppe hinsichtlich Alter, Intelligenzquotient, Schulbildung und Beruf.

	Alter	HAWIE-IQ	Schulklasse	Beruf
<u>Gruppe I</u>				
1. Birgit A.	13,1	130	Quarta	
2. Petra A.	13,6	132	8. Volksschukl.	
3. Cornelia A.	13,1	126	Quarta	
4. Beate B.	14,5	120	Untertertia	
5. Ilse C.	15	130	Obertertia	
6. Ute C.	15	129	Obertertia	
7. Reinhilde C.	15	120	Untersekunda	
<u>Gruppe IIa</u>				
8. Dietlinde F.	18	110	Obersekunda	
9. Veronika F.	18	110	Obersekunda	
10. Felicitas F.	18	121	Unterprima	
11. Susanne F.	18	118	Unterprima	
12. Friederike F.	18	120	Unterprima	
13. Kathrin F.	18	126	Unterprima	
14. Irene G.	19	118	Oberprima	
15. Heide G.	19	102	Volksschule	Regierungsangestellte
<u>Gruppe IIb</u>				
16. Brigitte H.	20	89	Volksschule	Verwaltungsangestellte
17. Ingrid H.	20	102	Mittl.Reife	Techn.Zeichn./Lehrlg.
18. Sigrid H.	20	105	Mittl.Reife	Büroangestellte
19. Dagmar J.	21	114	Mittl. Reife	Chem.Lab./Lehrling
20. Elke J.	21	91	Volksschule	Büroangestellte
21. Sabine J.	21	94	Mittl.Reife	Kfm.Angestellte
22. Erika J.	21	114	Mittl.Reife	Sekretärin
<u>Gruppe III</u>				
23. Erna M.	24	85	Volksschule	Arbeiterin
24. Lisa O.	26	103	Volksschule	Kfm.Angest.,verh.
25. Hildegard Q.	28	85	Volksschule	Arbeiterin
26. Helga Q.	28	101	Volksschule	Krankenschw.,verh.
27. Eva Q.	28	106	Abitur	Studentin
28. Rita Q.	28	106	Mittl.Reife	Postangestellte
29. Irmtraud Q.	28	92	Mittl.Reife	HWT-Lehrerin
30. Marianne R.	29	109	Volksschule	Schneidermeisterin
31. Gudrun T.	31	115	Mittl.Reife	Med.Techn.Ass.
32. Elisabeth U.	32	100	Mittl.Reife	Landw.Lehrerin
Gruppe I : 13 bis 15-jährige n ¹⁾ = 7				
Gruppe IIa : 18 bis 19-jährige n = 8				
Gruppe IIb : 20 bis 21-jährige n = 7				
Gruppe III : 24 bis 32-jährige n = 10				

¹⁾ n = Anzahl der Untersuchungspersonen

III. Klinische und Verhaltensmerkmale der untersuchten Anorexie-Patientinnen

Wie soeben ausgeführt wurde, konzentrieren wir uns in dieser Arbeit auf die Merkmale der Anorexien in der Pubertät und in späteren Lebensjahren, die durch die Bedingtheiten der Entwicklungsvorgänge ihre spezifische Färbung haben. Zu dem Krankheitsbild dieses Alters gehören außer dem Hauptmerkmal einer seelisch bedingten Nahrungseinschränkung die schon erwähnte Amenorrhoe bzw. Menstruationsstörung und die Obstipation, die von THOMÄ als nahezu konstante Symptome betrachtet werden und "häufig schon vor einer merklichen Gewichtsabnahme auftreten" (THOMÄ 1961, S. 32). Wie THOMÄ (1961), so läßt auch CLAUSER (1964) die Frage offen, ob die Diagnose Anorexia nervosa (THOMÄ 1961) oder im engeren Sinne Pubertätsmagersucht (CLAUSER 1964) gestellt werden sollte, wenn diese drei Kardinalsymptome nicht gleichzeitig vorhanden sind. Auffällig ist weiterhin, "daß bei der Anorexia nervosa Hungerödeme und Avitaminosen selten sind und daß selbst bei fortgeschrittenem Marasmus die Kranken noch voller Energie und Bewegungsdrang sind" (THOMÄ 1961, S. 31).

Mit dem einheitlichen Syndrom: Obstipation, Amenorrhoe bzw. Periodenstörung und Anorexie gehen nun nicht in gleichem Maße und mit derselben Eindeutigkeit konstante psychische Syndrome einher. Wie POROT (1947) und PALMER et al. (1952) anhand ihrer psychodiagnostischen Untersuchungen - die in einem der folgenden Kapitel noch referiert werden - festgestellt haben, scheinen die Patientinnen im einzelnen recht verschiedene Persönlichkeiten zu sein. "Wir finden phobische, anankastische, schizoide, depressive und hypochondrische Strukturen" (CLAUSER 1964, S. 125). Die Patientinnen zeigen auch recht unterschiedliche Verhaltensschemata; die einen sind trotzig-verschlossen und wehren sich gegen jede Kontaktaufnahme, die anderen zeigen ein mehr hysterisches Bild mit rasch wechselndem oberflächlichen Kontakt. Andererseits wird immer wieder von bestimmten "typischen" Verhaltensweisen und Charakterzügen berichtet. So scheinen diese Patientinnen z.B. ihre körperliche Schwäche nicht zu spüren und über Kräfte und Energien zu verfügen, die man ihnen in Anbetracht ihres ausgemergelten Kör-

pers nicht zutraut (THOMÄ 1961, S. 31). Die Patientinnen haben einen exzessiven Bewegungsdrang, den sie auch ausleben können und betätigen sich solange, bis sie buchstäblich vor Schwäche umfallen. Letzteres geschieht aber erst dann, wenn der Zustand akut lebensgefährlich geworden ist. Ein anderes Merkmal, das durchgehend bei allen Magersüchtigen beobachtet werden kann, ist der sehr eindrucksvolle "Negativismus der Kranken, ihre Einsichtslosigkeit für die Schwere ihres Zustandes und die trotzig-verschlossene Zurückweisung jeder Hilfe." (THOMÄ 1962, S. 601). In den ersten Wochen des Klinikaufenthaltes sabotieren sie jede Hilfe. Die einen weisen trotzig alle Angebote zurück, während andere scheinbar freundlich und willig sind, sich aber im Grunde ebenfalls jeder Hilfe widersetzen. Sie "tun so als ob" sie alles äßen, was ihnen gegeben wird, tragen aber heimlich die Nahrungsmittel fort, verstecken sie, werfen sie zum Fenster hinaus oder erbrechen sofort nach den Mahlzeiten. Diese im Umgang freundlichen Patientinnen "tun auch so", als ob sie eine Beziehung zum Therapeuten aufnehmen, belügen und betrügen ihn jedoch und können kaum ihre Freude verbergen, wenn sie wieder an Gewicht verloren haben. Gelegentliche Heißhungerdurchbrüche werden durch induziertes Erbrechen nach Genuß der Speisen sozusagen wieder rückgängig gemacht. Bei schweren Fällen kann man sich dabei des Eindrucks nicht erwehren, daß diese Kranken alle Energien dazu benützen, die eigene Existenz langsam und systematisch zu vernichten. "Wer erlebt hat, wie weit eine Magersuchtpatientin in ihrer Nahrungsverweigerung gehen kann, der wird an der Stärke des Triebes zur Selbstzerstörung in dieser Erkrankung nicht zweifeln" (SOMMER 1955, S. 311).

IV. Psychoanalytische und klinische Literatur in Bezug auf die Strukturmerkmale der Anorexia nervosa

Als erster soll ein Genueser Arzt, SIMONE PORTA o PORTIO (1500), dieses Krankheitsbild beschrieben haben (zitiert nach THOMÁ 1961, S. 11). Später hat MORTON (1689) eine kasuistische Darstellung gebracht, bis dann GULL (1868, 1873) in England und LASEGUE (1873) in Frankreich gleichzeitig das Krankheitsbild der Anorexia nervosa beschrieben haben. Sie geben ausgezeichnete Beschreibungen des klinischen Bildes der Anorexia nervosa, ohne tiefere Einblicke in die Psychogenese gewinnen und somit eine adäquate Therapie für diese Kranken entwickeln zu können (zitiert nach THOMÁ 1961, S. 11).

Da jeder Versuch, die psychischen Zusammenhänge zu erkennen, auch in der folgenden Zeit an dem abwehrenden Verhalten der Patientinnen scheiterte (zitiert nach THOMÁ 1961, S. 315), wurden immer neue Theorien über eine organische Genese aufgestellt. Die Möglichkeit, die Stellung der Symptome im Erlebniszusammenhang zu begreifen, wurde erst durch die psychoanalytische Therapie geschaffen, weil wir durch sie, vor allem durch die "Tatsache der Übertragung und die des Widerstandes" in der Lage sind, "die Leidenssymptome eines Neurotikers auf ihre Quellen in seiner Lebensgeschichte zurückzuführen" (FREUD 1914, S. 54). Dabei zeigte sich, "daß jedes pathogene Erlebnis ein früheres voraussetzt, welches, selbst nicht pathogen, doch dem späteren Ereignis seine pathogene Eigenschaft verleiht" (FREUD 1914, S. 47).

Wie schon oben angegeben, lassen wir die Diskussion über mögliche somatische Faktoren beiseite, die bei THOMÁ (1961) und CLAUSER (1964) recht übersichtlich und kritisch dargestellt sind, und gehen nur am Rande auf Literatur ein, die mehr beschreibenden Charakter hat, ohne psychodynamische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Etwas intensiver wollen wir uns dafür mit Erfahrungen und Hypothesen der psychoanalytisch orientierten Autoren beschäftigen, die das Krankheitsbild bisher am besten in ihrer Psychodynamik erfassen konnten, und stützen uns dabei vorwiegend auf die beiden letzten größeren Veröffentlichungen von THOMÁ (1961) und CLAUSER (1964).

Abgesehen von der im großen und ganzen überholten Annahme, daß es sich bei der Magersucht um eine "endokrine Krankheit, eine lebensgeschichtlich sinnlose Betriebsstörung des Organismus" (ZUTT 1962, S. 617) handeln könnte, variieren die Auffassungen der Autoren, die sich mit diesem Krankheitsbild befassen, in bezug darauf, ob man hier von einer neurotischen oder psychotischen Erkrankung sprechen sollte.

Während MENG (1944) bei der Magersucht von einer Psychose spricht, - er führt u.a. bei diesem Krankheitsbild den Begriff der "Organpsychose" ein - "weil das Ich eines solchen Organpsychotikers sich wie das eines Psychotikers von der Außenwelt abwendet" (MENG 1944, S. 50) und tiefer und triebhafter in frühere Entwicklungsstadien regrediert als das des Neurotikers, sind viele der psychoanalytisch geschulten Ärzte davon überzeugt, "daß es sich bei der Anorexia nervosa ganz zweifellos um eine psychisch bedingte Erkrankung handelt" (JORES 1962, S. 607), die "nach moderner Nomenklatur zu den echten Neurosen gehört" (LUKAS 1956, S. 173). ZUTT (1962) läßt dagegen offen, welche der oben genannten Auffassungen seiner Ansicht nach mehr Berechtigung zu haben scheint und ist "der Meinung, daß es in diesen Dingen fließende Übergänge gibt und keine scharfen Grenzen zwischen Variationen des Normalen, Neurosen und Psychosen" (ZUTT 1962, S. 624). Er führt aus, daß "sich die Pubertätsmagersucht, was das Lebensalter der Kranken, Verlauf und Ausgang angeht, verwandt anderen Reifungsstörungen (erweist), die wir als Hebephrenien und Zwangsneurosen kennen. Diese Verwandtschaft zeigt sich auch darin, daß es schwere Fälle gibt, leichte und Abortivformen..." (ZUTT 1962, S. 624).

Diese letztere Auffassung haben bereits BLISS und BRANCH (1960) vertreten, die sich allerdings - wie schon ausgeführt wurde - nicht an die klassische Definition der Anorexia nervosa halten und eine Magersucht diagnostizieren, wenn ein exzessiver psychisch bedingter Gewichtsverlust von 25 Pfund und mehr vorliegt, ohne Rücksicht darauf, ob "die nahezu konstanten Symptome" (THOMÄ 1961, S. 32) Amenorrhoe bzw. Periodenstörung und Obstipation ebenfalls vorliegen. "Die Patientinnen haben Charakterneurosen, Neurosen oder Psychosen" (BLISS und BRANCH 1960, S. 49). Letztere Feststellung ist durchaus verständlich, wenn man bedenkt, welche verschiedenen Krankheitsbilder mit

erfaßt werden, wenn das oben genannte Kriterium allein ausschlaggebend ist. Die Autoren führen im weiteren aus, daß die Symptome der Anorexia nervosa vermutlich durch viele Erfahrungen, die sich oft über das ganze Leben der Patienten erstrecken, determiniert sind (BLISS und BRANCH 1960, S. 72) und nicht einzelne Traumen in früher Kindheit (JORES 1962) dafür verantwortlich gemacht werden können. "Man gewinnt den Eindruck, daß ein Netzwerk von Erfahrungen vorhanden ist, welche logisch mit der späteren Wahl der Nahrungsschwierigkeiten zusammenhängen" (BLISS und BRANCH 1960, S. 73).

THOMÄ (1961), der die Diagnose Anorexia nervosa enger faßt und sich an die klassische Definition hält, beschränkt seine Untersuchungen weitgehend auf die Krankheitsformen der Pubertäts- und Nachpubertätszeit. Da das Syndrom der Anorexia nervosa mit "hysterischen, phobischen, zwangsneurotischen und depressiven Symptomen, mit einer Vergiftungsangst einhergehen oder im Zusammenhang mit einer Pubertätsaskese" (THOMÄ 1961, S. 251) auftreten kann, geht THOMÄ auf diese divergierenden Charaktereigenschaften nicht weiter ein, sondern stellt die Symptombildung und die Frage, warum diese Kranken nichts essen, in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Das gehäufte Auftreten dieses Krankheitsbildes in der Pubertät, das Sistieren der Periode oft schon vor einer merklichen Gewichtsabnahme und die auffällige Gleichmütigkeit während der Zeit der körperlichen Umgestaltung hält er, wie auch andere Autoren (BAHNER 1954, SOMMER 1955, BASTIAANS 1962 u.a.), für Hinweise dafür, daß die Entwicklungsvorgänge als solche zum Konflikt führen. Er sieht dabei nicht die Menarche als Krankheitsveranlassung an, sondern den Zeitpunkt, "der die Umgestaltungen zu einem angstbesetzten inneren Erlebnis werden läßt" (THOMÄ 1961, S. 268). "Es kommt, wenn die geschlechtliche Reife psychische Realität zu werden droht, zu einer schweren innerseelischen Krise deshalb, weil das Ichideal und das Körper-Ich nicht übereinstimmen" (THOMÄ 1961, S. 270). Das Wunschbild, ein Junge zu sein, kann mit der "faktisch weiblichen Entwicklung" (THOMÄ 1961, S. 270) nicht mehr in Kongruenz gebracht werden. THOMÄ führt dann weiter aus, daß der lang gehegte Wunsch nach einem knabenhaften Körper infolge der nicht mehr zu übersehenden Realität dahingehend abgewandelt wird, ein reines und geschlechtsloses Wesen zu werden.

"Dabei erfolgt die Abwehr immer durch 'hypöbulische', also vorbewußt oder unbewußt ablaufende Schablonen" (THOMÄ 1961, S. 260). "Im Zustand der Regression, die zu einer Umgestaltung des Ichideals führt, wird der Wunsch, ein Junge zu sein (Peniswunsch und -neid), durch orale Inhalte überformt" (THOMÄ 1961, S. 270) und somit die Ambivalenz oder Abwehr der eigenen Geschlechtlichkeit gegenüber auf die orale Ebene verlagert. Dabei könnte man nach unseren bisherigen Erfahrungen vermuten, daß sich u.U. die Ambivalenz den geschlechtlichen Vorgängen gegenüber in Heißhungeranfällen und spontanem oder induziertem Erbrechen äußern könnte, die völlige Anlehnung dagegen in der mehr oder weniger strikt durchgehaltenen Nahrungsverweigerung. Die Patientinnen der letzteren Gruppe wären dann diejenigen, die scheinbar keine Bedürfnisse mehr haben und sich außerhalb jeder menschlichen Gemeinschaft stellen. "Jedes Angebot einer Hilfe wird als eine Gefahr erlebt, welche die unter partieller Verleugnung der Realität erreichte Vollkommenheit und Sicherheit gefährden könnte" (THOMÄ 1961, S. 266). Die Onnipotenzphantasien der Patientinnen äußern sich u.a. darin, daß sie an der Idee einer Autarkie festhalten und ihren allmählich lebensbedrohenden Zustand leugnen (THOMÄ 1961, S. 266), in den sie aufgrund ihrer Phantasien geraten. In der "Unterbrechung des triebhaften Objektbezuges zur Umwelt, liegen (nach THOMÄ) psychogenetische Knotenpunkte der Erkrankung" (THOMÄ 1961, S. 264). Die durch diesen Rückzug von allen mitmenschlichen Beziehungen bewirkte "Vereinsamung und eine durch Hyperaktivität verdeckte Leere ergeben eine leicht depressive Grundstimmung" (THOMÄ 1961, S. 276), die auch von anderen Autoren beschrieben wird (BAHNER 1954, JORES 1962 u.a.).

Während THOMÄ (1961) die orale Ambivalenz besonders hervorhebt, legt CLAUSER (1964) mehr Nachdruck auf die Abwehr der Feminität bzw. der Sexualität überhaupt, "die symbolisch durch Nahrungsverweigerung ausgedrückt wird" (CLAUSER 1964, S. 123). Er hat, wie auch THOMÄ u.a., die verschiedenen Verhaltensweisen der anorektischen Patientinnen beobachtet und von daher eine Theorie der konträren Abwehrrollen entwickelt. Das "weibgerechte" Erleben des eigenen Körpers wird nach CLAUSER mit zwei verschiedenen Rollen abgewehrt. Entweder dominiert eine jungenhaft-extravertierte Abwehrhaltung oder aber

ein infantil-introvertiertes Verhalten. Die Mädchen des ersteren Typus sind jungenhaft und imitieren den starken Mann. In ihnen steckt eine "sthenische Vitalität" (CLAUSER 1964), die sich vorwiegend in Eigensinn und Trotz äußert. Die infantil-introversiven Patientinnen dagegen sind wehleidig, überempfindsam und leicht kränkbar. "Die Asthenie ist das auffälligste Verhaltensmerkmal. Die Mädchen wirken viel jünger als sie sind, avital, zart und zerbrechlich" (S. 126) und lassen sich bereitwillig bemuttern. Der Grund für die entgegengesetzten Rollen, die sich natürlich vermischen und nur durch die Akzentuierung mehr nach der einen oder anderen Seite hin tendieren, wird in der engen Verquickung von prä-morbider Entwicklungshemmung und konfliktgestaltender Regression bei der Entstehung der Anorexia nervosa gesehen. In der Psychogenese der jungenhaft extravertierten Mädchen überwiegt nach CLAUSER (1964) die konfliktgestaltende Regression, bei den infantil-introvertierten Patientinnen die Entwicklungshemmung. Als der vorherrschende Abwehrmechanismus der ersten Gruppe wird die Verdrängung genannt, während die infantil-introvertierten Patientinnen mehr auf den Mechanismus der Verleugnung zurückgreifen und "so tun, als ob...." CLAUSER nimmt, wie auch andere, eine Fixierung auf der oralen Stufe an und sieht in der Regression ein Zurückgehen auf die konflikthafter Beziehungen mit der Mutter und eine Wiederholung der misslungenen ersten Objektbeziehung. Er betont aber immer wieder, daß die bisher so in den Mittelpunkt gestellte orale Thematik im Grunde nur ein stetig sich wandelndes Abwehrverhalten gegen die weibliche Sexualität ist.

V. Psychodiagnostische Literatur über Strukturmerkmale bei der Anorexia nervosa

Psychodiagnostische Untersuchungen bei Patientinnen mit einer Anorexia nervosa sind erst in jüngster Zeit durchgeführt worden. Als erster hat POROT (1947) anorektische Patientinnen psychodiagnostisch untersucht. Er kam aufgrund der Auswertung von 4 Rorschach-Protokollen zu dem Resultat, daß die Patientinnen ganz verschiedene Persönlichkeiten sind, die sich sowohl hinsichtlich der Ätiologie der Krankheit als auch in ihrer Psychodynamik voneinander unterscheiden.

Die zweite psychodiagnostische Untersuchung von mager-süchtigen Patientinnen ist 1952 von PALMER, MENSCH und MATARAZZO veröffentlicht worden; die fünf junge Mädchen im Alter von 15 - 17 Jahren mit der Wechsler Bellevue Adult Intelligence Scale, dem Rorschach-Test und dem Thematischen Apperzeptionstest (TAT) untersucht haben, um bei diesen Kranken das intellektuelle Funktionieren, die Charakterstruktur und das unbewußte emotionale Funktionieren, wie es sich in den Phantasien zeigt, zu eruieren (PALMER et al. 1952, S. 168). Wie auch POROT (1947) fanden sie eine auffällig geringe Übereinstimmung der einzelnen Testdaten und schlossen daraus, daß die Patientinnen im Grunde recht verschiedene Persönlichkeiten sind und nicht so sehr ein gewisser Persönlichkeitstyp als vielmehr eine typische Konfliktsituation, die sich in verschiedenen Persönlichkeiten entwickeln kann (PALMER et al. 1953, S. 173), ausschlaggebend für die Entwicklung dieses Krankheitsbildes ist. Als einziges durchgängiges und charakteristisches Merkmal glauben sie, eine intellektualisierende Distanz zur Umgebung (PALMER et al. 1962, S. 170) isolieren zu können und zwar aufgrund folgender Befunde:

- a) Bei der Auswertung der Wechsler-Bellevue-Skalen meinen PALMER et al. drei spezifische Ähnlichkeiten erkennen zu können. Sie führen aus, daß 1. der Verbalteil höhere Werte als der Handlungsteil (in 4 Fällen) aufweist, 2. das "Allgemeine Verständnis" und 3. das "Gemeinsam-

keitenfinden" über dem Durchschnitt der gewogenen Punkte liegt (PALMER et al. 1952, S. 169).

PALMER et al. interpretieren diese Daten als ein Überwiegen des begrifflichen und abstrakten Denkens und sprechen von einer übermäßigen Betonung des Intellektualisierens "gelegentlich zuungunsten der praktischen und sozialen Fähigkeiten" (PALMER et al. 1952, S. 170).

- b) Bei der Auswertung der 5 Rorschach-Protokolle zeigen sich nach PALMER et al. Konfabulationen in der Art, daß ein Detail gesehen wurde und dann nicht von vorangehenden Details getrennt gedeutet werden konnte. Die Patientinnen "versuchten verzeifelt, diese verschiedenen Details zu verbinden. Das Resultat war eine gezwungene intellektuelle Wahrnehmung der Situation", die den Gedankenprozessen ähnelten, die auch bei den mehrstrukturierten Aufgaben des Wechsler-Bellevue-Tests registriert werden konnten (PALMER et al. 1952, S. 170).
- c) Bei der Auswertung des Thematischen Apperzeptionstests läßt sich entsprechend den Ausführungen von PALMER et al. häufig eine Pseudo-Emotionalität nachweisen. "Diese Pseudo-Emotionalität wird gewöhnlich mehr im übertriebenen Stil und der theatralischen Sprache wiedergegeben als in den Geschichten selbst" (PALMER et al. 1952, S. 172).

Kritisch anzumerken ist bei diesen Untersuchungen, daß sie sich nur auf 5 Testprotokolle beziehen und somit keine allgemeingültigen Aussagen zulassen. In Bezug auf die Auswertung der Wechsler-Bellevue-Scalen zeigt sich anhand von Tabelle 1 (PALMER et al., S. 170), in der die einzelnen Daten aufgeführt werden, daß die genannten Punkte nicht bei allen 5 Patientinnen zutreffen, sondern nur jeweils in zwei oder drei Fällen relevant sind. Somit können auch die Schlußfolgerungen, die aus diesen Daten hergeleitet werden, abgesehen von der geringen Anzahl der Untersuchungspersonen, nur Hinweise sein, die weiterer Bestätigung bedürfen. Darüber hinaus fehlt eine Kontrollgruppe, die gerade für die Abgrenzung der gefundenen Merkmale in Hinsicht auf pubertätsbedingte Faktoren wichtig wäre. PALMER et al. sprechen jedoch selbst nur von einer "Studie" und

erheben somit nicht den Anspruch, allgemein zutreffende Aussagen zu machen.

Eine weitere psychologische Untersuchung hat BEECH (1959) durchgeführt. Ihm geht es im wesentlichen darum, anhand eines Tests nachzuweisen, daß Nahrung und Sexualität in Beziehung stehen bzw., daß die Nahrungsaufnahme ein psychologisches Äquivalent für die sexuelle Betätigung ist; eine Vermutung, die von tiefenpsychologisch orientierten Ärzten allgemein gehegt und u.a. auch von BAHNER (1954, S. 1143) geäußert wird. Die Technik, die bei dieser Untersuchung angewandt wurde, war die freie Assoziation auf unterschwellig als Stimuli angebotene Worte. Diese Reizworte waren neutraler und in einigen Fällen sexueller Art. Man erwartete, daß signifikant mehr Essensantworten zu den sexuellen Stimuli gegeben werden als zu den neutralen. Diese Vorhersage traf bei der einen 27-jährigen anorektischen Patientin zu, die diesem Versuch unterzogen wurde. - Obgleich das Resultat im Sinne der Erwartung positiv ist, kann es jedoch keine Beweiskraft haben, weil u.a. nur eine einzige Patientin untersucht wurde. Es könnte aber anregen, in dieser Richtung weiterzuarbeiten und Methoden zu entwickeln, die Vermutungen oben genannter Art verifizieren könnten.

Außer NEUMANN e SELVINI PALAZZOLI (1961, zitiert nach HILTMANN 1961) hat dann HILTMANN (1961) noch eine psychodiagnostische Untersuchung bei anorektischen Patientinnen durchgeführt. Sie testete 15 pubertätsmagersüchtige Mädchen mit dem Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Erwachsene und dem Rorschach-Test und hob die gefundenen Merkmale dieser Untersuchungsgruppe kritisch von Ergebnissen einer adäquaten Kontrollgruppe ab. Darüberhinaus werden diese Resultate mit denen von anderen Krankheitsgruppen verglichen und die Unterschiede gegenüber Angstneurotikern, körperlich Kranken, Patienten mit Colitis ulcerosa und Duodenal-Ulcus-Leiden aufgezeigt.

Die Ergebnisse des HAWIE-Tests zeigen, daß die Intelligenz der Magersüchtigen im Durchschnitt einem IQ von 107 entspricht und somit die Intelligenz gesunder gleichaltriger

Jugendlicher statistisch signifikant überragt (HILTMANN 1961, S. 3). Darüberhinaus ergibt sich beim Vergleich der HAWIE-Untertests 2, 5 und 6, "daß die Denkprozesse der magersüchtigen jungen Mädchen und ihre Konzentration durch tiefeenseelische, vorwiegend sexuelle Probleme offenbar mehr beeinträchtigt werden, als dies bei gleichaltrigen gesunden jungen Mädchen vom gleichen Intelligenzniveau der Fall ist" (HILTMANN und CLAUSNER 1961, S. 3).

Von 23 untersuchten formalen Rorschachmerkmalen unterscheiden sich die Pubertätsmagersüchtigen von der adäquaten Kontrollgruppe durch "bedeutsame Erhöhungen der Bewegungs-, der Mensch-, Menschdetail- und der Kleindetail-Antworten, sowie des Prozentsatzes der Antwortenzahl zu den farbigen Tafeln. Die übrigen der insgesamt 23 untersuchten Merkmale zeigen keine bedeutsamen Unterschiede" (HILTMANN und CLAUSNER 1961, S. 3). Bei der thematischen Analyse der Rorschach-Protokolle werden "eine spezifische Variante der sog. Verstümmelungsdeutungen, ungewöhnliche Kleidungs- und Verhüllungsantworten, oral-rezeptive und oral-aggressive Deutungen in larvierter Form und schließlich ... immer wiederkehrend die Thematik der differenten Geschlechter" (HILTMANN und CLAUSNER 1961, S. 3) beobachtet. Unter Einbezug der "zwar überwiegend verdeckten und larvierten oralen Komplexantworten" (HILTMANN 1961, S. 234) sieht HILTMANN in den Kleindetailantworten eine erhöhte Aggressivität, die aufgrund der erhöhten Bewegungsantworten neurotisch gehemmt ist. Die daraus resultierende Depression kann jedoch anhand der Merkmale nicht hinreichend nachgewiesen werden. Weiterhin hat HILTMANN, vorwiegend aufgrund der Art der Bewegungsantworten und der inhaltlichen Merkmale, den sadomasochistischen Charakter mit einem ausgeprägten Zug von Narzißmus bei den Magersüchtigen herausgestellt. "In diesem Rorschach-Befund läßt sich das Syndrom des sadomasochistischen Charakters mit einem ausgeprägten Zug von Narzißmus identifizieren. Die Pubertätsmagersüchtigen dürfen also einem Persönlichkeitstyp zugerechnet werden, der... zur Verleugnung unlustvoller Erfahrungen disponiert ist" (HILTMANN und CLAUSNER 1961, S. 4). HILTMANN führt weiter aus, daß vermutlich dem Ich-Mechanismus der Verleug-

nung bei dem Zustandekommen dieses Krankheitsbildes eine pathodynamische Wirksamkeit zukommt und begründet diese Annahme einmal damit, daß die masochistische Komponente stärker als die sadistische psychodynamisch wirksam zu sein scheint und zum anderen mit der ablehnenden Einstellung gegenüber der femininen Identifizierung. Die Pathodynamik der Pubertätsmagersucht wird aus diesem "im Rorschach-Test objektivierten psychologischen Syndrom" (HILTMANN und CLAUSNER 1961, S. 4) rekonstruiert. "Der Ursprung der Fehlentwicklung scheint darin gegeben, daß das (später an Magersucht erkrankende) Kind in der zweiten oralen Phase das Problem der sein Ich störenden Mutter durch Verleugnung zu lösen versucht" (HILTMANN und CLAUSNER 1961, S. 4). Da dadurch "das Hineinwachsen in die weibliche Rolle" (HILTMANN und CLAUSNER 1961, S. 4) behindert wird, kommt es in der Pubertät zu vermehrten Schwierigkeiten. Zu der frühkindlichen Objektverleugnung, so führt HILTMANN weiter aus, kommt in dieser Zeit die Verleugnung sexueller Impulse hinzu, "die nicht nur die psychosexuellen Regungen betrifft, sondern auch deren materiellen Träger, den eigenen Körper umkreist" (S. 4). Droht der Mechanismus der Verleugnung infolge der nicht mehr zu übersehenden objektiven Tatsachen zusammenzubrechen (HILTMANN 1961, S. 237), dann kommt es schließlich zur Nahrungsverweigerung.

VI. Spezifisches Ziel der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, klar definierte Abwehrmechanismen, die in der Literatur als charakteristisch für magersüchtige Patientinnen herausgestellt werden, anhand von psychodiagnostischen Verfahren zu objektivieren. Fast alle Autoren (MENG 1944, SOMMER 1955, HILTMANN 1961, THOMÄ 1961, BASTIAANS 1962, CLAUSER 1964 u.a.), die sich mit Abwehrvorgängen befassen, erwähnen bei der Beschreibung dieses Krankheitsbildes die Mechanismen Verdrängung und Verleugnung oder jedenfalls einen von beiden, wobei die Verleugnung im allgemeinen mehr betont wird (MENG 1944, HILTMANN 1961).

"Als aktueller Anlaß für den Beginn der Erkrankung... ist die Pubertät hervorzuheben"(MENG 1944, S. 64). Diese Feststellung von MENG wird von den meisten Autoren, die über Pubertätsmagersüchtige berichten (BAHNER 1954, u.a.), ausdrücklich bestätigt. "Es sind nach unseren Erfahrungen die Entwicklungsvorgänge als solche, die unabhängig von einem massiven äußeren Anlaß als Gefahr erlebt werden" (THOMÄ 1961, S. 260) und bewirken, daß das Ich Abwehrmechanismen einsetzt, um Angst und Gefahr zu bannen. BASTIAANS präzisiert noch weiter und betont, daß "aus jeder guten Krankengeschichte klar (wird), daß die Konfrontation mit der Genitalität, mit der ödipalen Situation nicht ohne Störung verläuft" (BASTIAANS 1962, S. 625). Da wir bei THOMÄ (1962, S. 608) weiter erfahren, daß bei den Magersüchtigen die genital-sexuelle Entwicklungsstufe aufgegeben wird und sexuelle Regungen aus dem Bewußtsein verschwunden sind, haben wir die Hypothese gebildet, daß die Abwehr sich zunächst gegen die sexuellen Impulse richtet. Der Mechanismus, der der Abwehr dieser Impulse dient, wird in der psychoanalytischen Theorie "Verdrängung" genannt. FREUD hat als erster diesen Mechanismus erkannt und benannt. "Die Neurosen sind der Ausdruck von Konflikten zwischen dem Ich und solchen Sexualstrebungen, die dem Ich unverträglich mit seiner Integrität oder seinen ethischen Impulsen erscheinen. Das Ich hat diese nicht i c h g e r e c h t e n Strebungen v e r d r ä n g t, d.h. ihnen sein Interesse entzogen und

sie vom Bewußtwerden sowie von der motorischen Abfuhr zur Befriedigung abgesperrt" (FREUD 1922, S. 222). "Verdrängung... ist eine Flucht vor dem Gewahrwerden sexueller Antriebe" (WÄELDER 1963, S. 231).

ANNA FREUD, die als erste den "Versuch einer Chronologie" (ANNA FREUD 1946, S. 60) der Abwehrmechanismen unternommen hat, stellt schon heraus, daß die Verdrängung vor allem die sexuellen Wünsche zu bekämpfen scheint. "Vielleicht haben die anderen Abwehrmethoden nur das aufzuarbeiten, was die Verdrängung übrig läßt oder was von verpönten Vorstellungen nach Mißglücken der Verdrängung wiederkehrt" (ANNA FREUD 1946, S. 60). Sie greift damit einen Gedanken auf, den bereits FREUD erwähnt hat, allerdings in viel allgemeinerer Form (S.FREUD 1926, S. 197) und der später weiter untersucht und präziser formuliert wird. Wir folgen in unseren Ausführungen nun den Darlegungen von MOSER (1964), der sich u.a. mit dieser schwierigen Frage, in welcher Folge die einzelnen Abwehrmechanismen wirksam werden, befaßt. "Jeder Abwehrprozeß beginnt bei der Verdrängung....und wird durch sekundäre Abwehrmechanismen gesichert. Versagt sie, so beginnt der regressive Prozeß, der in umgekehrter Richtung der Ich-Entwicklung verläuft und mit dem Zurückgreifen auf Abwehrmechanismen einer früheren Entwicklungsstufe verbunden ist" (MOSER 1964, S. 72). MOSER führt dann weiter aus, daß regressive Abwehrmechanismen primär objektorientiert sind. "Infolge der Schwächung der Gegenbesetzung wird aus der Triebangst mit dem Objekt verbundene Angst und diese als eine außen lokalisierte Gefahr bekämpft" (MOSER 1964, S. 72). Der gemeinsame Nenner aller regressiven Abwehrmechanismen ist, daß sie "in eine Verleugnung oder Verneinung des Objektes, die wiederum verschiedene Intensitätsgrade annehmen können" (MOSER 1964, S. 70) einmünden.

Diese Ichregression mit dem Wirksamwerden regressiver Abwehrmechanismen kann sich natürlich nicht isoliert vollziehen. "Die Folge eines solchen Abwehrprozesses ist die regressive Wiederbelebung alter Triebpositionen" (MOSER 1964, S. 60). "Wenn das Ich die genitalen Regungen ablehnt,

so verschwinden sie aus dem Bewußtsein. Im Unbewußten bleiben sie zwar erhalten, ihre Energie wird jedoch auf andere nicht sexuelle Körperteile oder -organe verschoben, die früheren erogenen Zonen werden wieder mit Libido besetzt. In solchen Fällen büßt das Genitale seine Bedeutung als sexuelles Zentralorgan mehr oder weniger ein; an seiner Stelle gewinnen andere Körperpartien oder -organe sexuelle, namentlich genitale, Bedeutung" (NUNBERG 1959², S. 103). Gleichzeitig erfolgt auch immer eine "Rückkehr zu den ersten von der Libido besetzten Objekten, die bekanntlich inzestuöser Natur sind" (FREUD 1917, S. 363).

Aufgrund vorangegangener Ausführungen haben wir als erste Hypothese aufgestellt, daß bei den Magersüchtigen der Mechanismus der Verdrängung, also die Abwehr sexueller Impulse, stärker wirksam wird als bei den Probandinnen der parallelisierten Kontrollgruppe, bei denen diese Regungen nicht völlig aus dem Bewußtsein verschwunden sind.

Bei unserer zweiten Hypothese gingen wir davon aus, daß die Patientinnen in verschiedenen Krankheitsstadien zur Untersuchung kommen und sich dementsprechend verschiedene Intensitätsgrade der Verdrängung (MOSER 1964) zeigen müßten. "Die erhöhte Libido-Besetzung des Es steigert in beiden Fällen einerseits die Triebgefahr, andererseits die Abwehranstrengungen aller Arten" (A. FREUD 1946, S. 199). Wir vermuteten daher, daß bei den leichteren Fällen, z.B. bei den jüngeren Patientinnen, deren Krankheitsbeginn noch nicht so weit zurückliegt (siehe Tabelle IV), die Verdrängungen schwächer sind als bei den älteren Patientinnen mit einer im Durchschnitt längeren Krankheitsdauer. Bei den letzteren erwarteten wir u.a. aufgrund der Arbeit von MOSER (1964) eine Ich-Regression und ein Wirksamwerden regressiver Abwehrmechanismen, vor allem der Verleugnungsmechanismen.

Nach unserer zweiten Hypothese müßte sich eine Skala gleitender Übergänge von leichten bis zu extremen Verdrängungen, deren Wirkung allmählich von Abwehren jüngerer Genese verstärkt wird, anhand der Testverfahren nachweisen lassen. Letzteres wird bei der geringen Anzahl der Versuchs-

personen schwierig sein, da bei einer altersmäßigen Einteilung die einzelnen Gruppen eigentlich zu klein werden. Dennoch soll der Versuch einer Verifizierung gemacht werden im Hinblick auf die zweite Hypothese, daß mit zunehmendem Alter und der allgemeinen damit verbundenen längeren Krankheitsdauer (siehe Tabelle IV) die Abwehrbestrebungen und damit der Schweregrad der Krankheit zunimmt. Das bedeutet, daß bei den älteren Patientinnen mehr Testmerkmale, die für die Verdrängung, und zusätzlich solche, die für die Verleugnung charakteristisch sind, erwartet werden als bei den jüngeren. Bevor diese zweite Hypothese geprüft wird, soll jedoch zuerst für die gesamte Gruppe nachgewiesen werden, daß die Verdrängungsmerkmale bei der Magersuchtsgruppe stärker vertreten sind als bei der parallelierten Kontrollgruppe.

Da- wie wir oben schon erwähnten - die Ichregression nicht isoliert erfolgt, sondern durch die damit verbundenen Abwehrprozesse eine "Rückkehr zu den ersten von der Libido besetzten Objekten...und die Rückkehr der gesamten Sexualorganisation zu früheren Stufen" (FREUD 1917, S. 363) bewirkt wird, erwarteten wir weiterhin, daß anhand der Testmerkmale diese Regressionen ebenfalls sichtbar werden und sich u.U. psychodynamische und pathogenetische Zusammenhänge erkennen lassen würden.

Während in der Literatur (KLOPFER, SCHÄFER, SALOMON u.a.) Hinweise darauf vorhanden sind, welche Testmerkmale und Merkmalskombinationen im Rorschach-Test den Abwehrmechanismus der Verdrängung erkennen lassen, ist die Verleugnung schwerer nachweisbar; vor allem drückt sie sich weniger in formalen Kategorien aus (SCHÄFER 1954, SALOMON 1962), die für eine statistische Untersuchung am besten geeignet sind. Es lassen sich darum die Testerwartungen in Hinsicht auf diesen Mechanismus nicht so präzise formulieren, wie es bei der Verdrängung möglich ist. Der Nachweis der zweiten Hypothese, daß bei den schwerer gestörten Patientinnen die Verleugnung stärker wirksam wird aufgrund der Tatsache, daß mit zunehmender Ich-Regression genetisch frühere Mechanismen einsetzen, wird nicht so

leicht zu erbringen sein. Wir sind uns dieser Schwierigkeit bewußt, die sich bei dem Versuch ergibt, diese Annahme zu prüfen, die überdies verständlich machen würde, warum in der Literatur die Verleugnung im allgemeinen mehr betont wird. Wenn wir voraussetzen, daß die meisten Magersüchtigen erst nach längerer Krankheitsdauer oder in sehr schlechtem Zustand in die Klinik kommen, während die leichteren Fälle oft gar nicht ärztlich vorgestellt werden, ist nach unserer zweiten Hypothese zu erwarten, daß die regressiven Abwehrmechanismen (MOSER 1964) infolge schon eingesetzter Ich-Regression bei den meisten der untersuchten Patientinnen bereits wirksam geworden sind und die Verhaltensweisen prägen.

VII. Materialbeschreibung und Materialkritik

Wie schon oben beschrieben worden ist, besteht unsere Untersuchungsgruppe aus 32 magersüchtigen Patientinnen im Alter von 13 bis 32 Jahren. Alle Patientinnen wurden nach der ambulanten Vorstellung und vor Beginn der psychotherapeutischen Behandlung getestet. Manchen hatten schon Therapien verschiedener Art hinter sich, andere wurden zum ersten Mal ärztlich vorgestellt. Man könnte hier schon kritisch einwenden, daß unser Material nicht homogen ist, und wir möchten diesem Einwand mit einem Hinweis auf HOUBEN (1962) begegnen, der bei seinen Untersuchungen festgestellt hat, daß bei erfolglos behandelten Probanden die Testergebnisse sich nicht wesentlich verändern und innerhalb der normalen Varianz der Test-Wiederholung bleiben.

Weiterhin wurde das vom theoretischen Konzept her zu begrüßende, von der Testauswertung aus gesehen erschwerende Faktum der altersmäßigen Streuung gesehen (Tabelle I), vor allem die Komplizierung des Themas durch die Pubertät überhaupt, die eine Zeit der stürmischen Entwicklungen und Veränderungen ist und eine Vielfalt von psychischen Erscheinungsformen hervorruft. Um die pubertätsbedingten Testresultate von den magersuchtsspezifischen trennen zu können, wurde eine adäquate Kontrollgruppe von 32 Probandinnen gleichen Alters und Status aufgestellt, wobei man darauf achtete, daß diese Kontrollpersonen unter keinen manifesten neurotischen Störungen litten und im Intelligenzniveau mit der Patientengruppe übereinstimmten. Wir haben nur eine Kontrollgruppe von gesunden Mädchen und jungen Frauen zusammengestellt und keine weiteren Krankheitsbilder dazu genommen, wie HILTMANN (1961) es gemacht hat; und zwar gingen wir von dem Gedanken aus, daß die Anorexia nervosa von der Pubertät ab in erster Linie eine spezifische Reifungskrise (SOMMER 1955, HILTMANN und CLAUSER 1961, CLAUSER 1961, MEYER 1961) oder Reifungsstörung (ZUTT 1962) mit allen daraus resultierenden Konsequenzen ist und als Kontrollpersonen solche Probandinnen ausgewählt werden müßten, bei denen keine derartigen

Störungen des Reifungsprozesses vorliegen. Weil diese Voraussetzungen bei den "normalen" Pubertierenden vermutlich gegeben sind, haben wir uns auf eine solche Kontrollgruppe beschränkt, um durch die Einführung anderer Krankheitsbilder weitere Komplizierungen zu vermeiden.

Da die altersmäßigen Differenzen mit erfaßt werden sollen, zum Beispiel die Hypothese, daß sich mit steigendem Alter und zunehmender Krankheitsdauer die Verdrängungen verstärken, werden zukünftig die Gruppen, wenn die Fragestellung es erfordert, altersmäßig in Untergruppen aufgeteilt; und zwar werden nach entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten die Pubertierenden (13-15jährigen), die Adoleszenten (18-21jährigen) und die älteren Patientinnen (24-32jährigen) zu je einer Gruppe zusammengefaßt.

Bei der Auswahl der Testbatterie gingen wir von der Überlegung aus, daß wir die Struktur der Persönlichkeit, vor allem die Abwehrmechanismen "Verdrängung" und "Verleugnung" untersuchen wollen. Das zweifellos der international anerkannte Rorschach-Test gerade diese Seiten der Persönlichkeit erfaßt, wurde diesem Verfahren der Vorrang eingeräumt. Mehr als Ergänzung und Erweiterung wurde der HAWIE-Test angewandt, um die Seite der Intelligenz noch eingehender zu untersuchen und sie in ihrer dynamischen Funktion (GROFFMANN 1963) zu erfassen.

Um die Ergebnisse des Rorschach-Tests im Hinblick auf die Emotionalität und affektive Steuerung noch weiter verfolgen zu können, nahmen wir noch den Farb-Pyramiden-Test von PFISTER in der jetzigen Erweiterung durch HEISS und Mitarbeiter hinzu, der "die Persönlichkeit in erster Linie nach der Seite der Affektivität, Stimmungslage und der intrapsychischen Regulation dieser Faktoren" (HEISS 1952, S. 11) erfaßt, und zwar wählten wir den 24-Farben-Satz. Diese 3 Verfahren wurden den Probandinnen in der Reihenfolge FPT, Rorschach-Test, HAWIE gegeben. Wir begannen mit dem Farb-Pyramiden-Test, weil er die Persönlichkeit am wenigsten belastet und eine mehr spielerische Note hat. Es ist hier am ehesten eine relativ ungezwungene Kontaktaufnahme möglich, die für den weiteren Verlauf der Unter-

suchung so wichtig ist. Danach erfolgte die Durchführung des Rorschach-Tests, um die gute Anfangsstimmung auszunützen und die Patientinnen in einem noch wenig ermüdeten Zustand dieser Stress-Situation auszusetzen. Der HAWIE-Test wurde dann angeschlossen, wenn die Zeit es zuließ und die Patientinnen noch in einer relativ guten körperlichen Verfassung waren. In anderen Fällen wurde der Test einen Tag später gegeben. Ermüdungszeichen konnten bei der Durchführung des HAWIE-Tests nur selten und nur bei sehr kachektischen Patientinnen registriert werden. Meistens waren die Mädchen bei der Intelligenz-Untersuchung sehr ehrgeizig und hell wach, selbst dann, wenn die Sitzung länger als zwei Stunden dauerte.

VIII. Bestätigung und Verifikation der Hypothesen anhand psychodiagnostischer Untersuchungen
(HAWIE, Rorschach-Test, FPT)

1. Erwartungen und Ergebnisse bei der Auswertung des HAWIE-Tests

a. Erwartungen beim Hawie-Test.

Als erstes legen wir die Ergebnisse des HAWIE-Tests dar, weil sich daraus grundlegende Folgerungen für die weiteren Test-Interpretationen ergeben.

Alle Patientinnen wurden mit dem vollständigen HAWIE-Test, der zusätzliche Wortschatz-Test ausgenommen, untersucht. Wir erwarteten nun aufgrund der oben schon referierten Ergebnisse von PALMER et al. (1952) und HILTMANN (1961) bei unseren magersüchtigen Patientinnen ein Intelligenzniveau, das dem Durchschnitt oder sogar dem guten Durchschnitt (HILTMANN und CLAUSER, 1961) entspricht, wenn die Quotienten zusammengefaßt werden. Darüberhinaus vermuteten wir durch die Hinweise von HILTMANN und CLAUSER (1961, S. 3) neurosenspezifische Merkmale, die sich vor allem anhand der Untertests 2, 5 und 6 erkennen lassen.

b. Befunde und statistische Auswertungen beim HAWIE-Test

Die erste globale Auswertung der Intelligenz-Quotienten, die einen Durchschnitt von 110, Sigma = 13,47 ergab, schien die Vermutung einer gut durchschnittlichen Begabungshöhe bei den magersüchtigen Patientinnen unserer Untersuchungsgruppe zu bestätigen. Gleichzeitig konnte aber nicht übersehen werden, daß die jüngeren Patientinnen unserer Untersuchungsgruppe einen viel höheren Intelligenz-Quotienten haben als die älteren. Da uns diese Beobachtung wichtig erschien, haben wir diese Unterschiede innerhalb der Magersuchtsgruppe varianz-analytisch auf ihre Bedeutsamkeit überprüft.

Zunächst haben wir die Gesamtgruppe gemäß den oben aufgeführten entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten in 3 Untergruppen aufgeteilt (Einteilung nach BUSEMANN 1953).

Einmal wurden danach die Pubertätierenden, also die 13-15-jährigen zusammengefaßt (Gruppe I) und zum anderen eine ältere Gruppe von 24-32-jährigen gebildet (Gruppe III), die Pubertät und Adoleszenz bereits hinter sich haben sollten. Die Gruppe der Adoleszenten umfaßt die 18-21-jährigen und ist zahlenmäßig am stärksten vertreten, wie sich aus Tabelle I ablesen läßt.

Es wurden nun zuerst die Mittelwerte der Intelligenz-Quotienten für die 3 Untergruppen errechnet und daran anschließend die Varianzanalyse (MITTENECKER 1963⁴, S. 70) durchgeführt.

Tabelle II. Übersicht über die Mittelwerte der Intelligenzquotienten bei den 3 Altersgruppen der Mager-süchtigen

Gruppe I (13-15jähr.)	Gruppe II (18-21jähr.)	Gruppe III (24-32jähr.)
Durchschnittl. IQ = 127 (120-132) Sigma = 4,56	Durchschnittl. IQ = 109 (89-126) Sigma = 11,04	Durchschnittl. IQ = 100 (85-115) Sigma = 9,5

Auswertung:

Quelle der Variation	Quadrat-Summe	df	Mittl. Quadrat	F
Zwischen den Gruppen	2914	2	1457	
Innerhalb der Gruppen	2879	29	99,27	14,67 s.s.

Das Resultat der Varianzanalyse besagt, daß die Höhe der Intelligenz-Quotienten zwischen den Magersüchtigen unterschiedlichen Alters in hochsignifikanter Weise variiert, und zwar in der Weise, daß mit zunehmendem Alter der IQ abnimmt. Die anschließend daran durchgeführte t-Testanalyse (MITTENECKER 1963⁴, S. 58) ergibt, daß sich die Gruppen I und II ($t = 4,53$) sehr signifikant und die Gruppen II und III ($t = 2,54$) signifikant voneinander unterscheiden. Das besagt, daß zwischen allen 3 Gruppen Unterschiede hinsichtlich des Intelligenz-Quotienten bestehen, die statistisch nachweisbar sind.

Bei der Durchsicht des Materials beobachteten wir nun weiterhin, daß die Gruppe der adoleszenten Mädchen in sich uneinheitlich ist. Ganz deutlich zeichnet sich nämlich ab, daß die 18-19jährigen Patientinnen einen höheren sozialen Status erreicht haben bzw. voraussichtlich erreichen werden als die älteren und auch durchweg begabter sind. Betrachtet man die 2. Rubrik von Tabelle I, so ist zu ersehen, daß 7 von den 8 jüngeren 18-19jährigen Mädchen dem Abitur zustreben, während alle 20-21jährigen Patientinnen nur Volksschulbildung haben oder mit der Mittleren Reife von der Schule abgegangen sind. Diese Fakten haben uns dazu veranlaßt, die Adoleszenten-Gruppe noch einmal zu teilen in Gruppe IIa (18-19jährige) und Gruppe IIb (20-21jährige), um zu erforschen, ob sich zwischen dem 20. und 21. Lebensjahr statistisch nachweisbar eine Trennung in bezug auf das Intelligenzniveau abzeichnet. Wie schon oben verfahren wurde, haben wir zunächst die Mittelwerte errechnet und dann die t-Testanalyse angewandt.

Tabelle III. Übersicht über die Mittelwerte der Intelligenzquotienten bei den 18-19jährigen und 20-21jährigen magersüchtigen Patientinnen

Gruppe IIa (18-19jährige)	Gruppe IIb (20-21jährige)
Durchschnittl. IQ = 116	Durchschnittl. IQ = 101
(110-126) Sigma = 7,21	(89-114) Sigma = 9,62

Auswertung:

Die t-Testanalyse ergibt, daß sich Gruppe IIa und IIb ($t = 3,19$) sehr signifikant unterscheiden, womit die statistische Bedeutsamkeit unserer Beobachtung bestätigt wird. Allerdings unterscheiden sich jetzt Gruppe IIb und III nicht voneinander; letzteres bestätigt jedoch die Vermutung eines absteigenden Intelligenz-Quotienten bis zum 21. Lebensjahr und eines einschneidenden Unterschiedes zwischen 19 und 20 Jahren. Es ergibt sich also von der Intelligenz aus gesehen

eine absteigende Linie von den 13jährigen außergewöhnlich hoch begabten Mädchen über die gut begabten 18-19jährigen bis zu den durchschnittlich intelligenten Patientinnen ab 20 Jahren aufwärts. Es handelt sich hierbei um empirisch ermittelte Tatbestände, die wir keineswegs erwartet hatten, die aber derart deutlich sind, daß ihre Erörterung unumgänglich ist. - Weitere Berechnungen in bezug auf die einzelnen Untertests und im Vergleich zu der Kontrollgruppe brachten keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse. Insbesondere ließen sich anhand des HAWIE-Tests keine neurosen-spezifischen Merkmale nachweisen.

Um die unerwarteten Ergebnisse eines mit steigendem Alter abnehmenden Intelligenz-Quotienten noch weiter abzusichern und nachzuweisen, daß keine anderen Faktoren außer dem Lebensalter eine maßgebende Rolle zu spielen scheinen, wurden noch einige weitere statistische Berechnungen vorgenommen. Dabei gingen wir von der Überlegung aus, daß bei den Magersüchtigen ein Zusammenhang zwischen der Menarche oder der Dauer der Menstruation bis zur Amenorrhoe und dem Intelligenzquotienten denkbar wäre, und zwar in dem Sinne, daß die Intelligenteren ihre Weiblichkeit schon früher abzuwehren suchen.

Tabelle IV. Zeitpunkt und Dauer der Symptombildung (Durchschnittswerte)

	Gruppe I	Gruppe IIa	Gruppe IIb	Gruppe III
Menarche	12 Jahre	13,7 J.	13,6 J.	15,2 J.
<u>Amenorrhoe</u>				
a) mit	12,7 J.	16,9 J.	19,1 J.	24,7 J.
b) seit	1,3 J.	1,3 J.	1,5 J.	3,5 J.
Dauer der normalen Menstruation	0,7 J.	3,2 J.	5,5 J.	9,5 J.
Beginn der Ma. (nach Angaben der Patientinnen)				
a) mit	12 J.	17 J.	17,5 J.	24,5 J.
b) seit	2 J.	1,2 J.	3,1 J.	3,7 J.

Die erste Korrelation von $r = -0,32$ zwischen IQ und Menarche zeigt jedoch einen negativen Befund und läßt erkennen, daß zwischen dem Beginn der Periode und dem Intelligenz-Quotienten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge bestehen.

Damit wird der Gedanke widerlegt, daß vielleicht nur intelligente Mädchen früh in die Periode kommen aufgrund einer allgemeinen damit verbundenen Akzeleration.

Die weiteren Korrelationen:

1) IQ und Dauer der Menstruation

(Produkt-Moment-Korrelation,
MITTENECKER 1963⁴, S. 96)

$r = -0,63$ s.s.

2) Dauer der Menstruation und Lebensalter

(partielle Korrelation, unabhängig vom IQ,

$r = 0,90$ s.s.

MITTENECKER 1963⁴, S. 110)

3) IQ und Lebensalter

(partielle Korrelation, $r = -0,64$ s.s.
unabhängig von der Dauer der
Menstruation)

ergeben sehr signifikante Ergebnisse, womit bewiesen wird, daß die Höhe der Intelligenz-Quotienten nur mit dem Lebensalter zusammenhängt. Wenn die Dauer der Menstruation mit dem Lebensalter korreliert, so ist der Zusammenhang zwischen IQ und Dauer der Menstruation verständlich und ohne Bedeutung.

Die Tatsache der unterschiedlichen Begabungshöhen der anorektischen Patientinnen kompliziert die Arbeit beträchtlich, vor allem, weil Intelligenz und Abwehrformationen nicht unabhängig voneinander sind und wir gerade letztere untersuchen wollen. Alle eventuellen Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Magersüchtigen müssen nun dahingehend überprüft werden, ob sie nicht von der unterschiedlichen Intelligenz her bedingt sein können. Wir haben deswegen eine Kontrollgruppe zusammengestellt, die sowohl alters- als auch intelligenzmäßig zur Untersuchungsgruppe parallelisiert ist. In dieser Weise ist es möglich, durch den Vergleich mit der jeweils gleichaltrigen und gleich intelligenten Kontrollgruppe jene Merkmalsvariationen zu eruieren, die für die Untersuchungsgruppe spezifisch sind.

Daran anschließend haben wir die Frage untersucht, ob neurose-spezifische Merkmale zu eruieren sind und sich Unterschiede zur Kontrollgruppe abzeichnen, wenn die altersspezifischen Variablen mit berücksichtigt werden. Dabei ergab sich im Gegensatz zu HILTMANN und CLAUSER (1961), die sich bei ihren Interpretationen auf die Untertests 2, 5 und 6 stützen, bei Gruppe I und IIa der magersüchtigen Patientinnen eine relativ erhöhte Punktzahl beim "Zahlennachsprechen" und eine relativ erniedrigte beim "Bilderergänzen". Letztere Beobachtungen haben aber keine Bedeutung, weil die Kontrollpersonen diese Merkmale in noch stärkerem Ausmaß zeigen. - Überraschend ist aber die Tatsache, daß unsere pubertierenden 13-15jährigen Kontrollpersonen anhand des HAWIE-Tests durchaus neurotische Reaktionen erkennen lassen, die - wie schon ge-

sagt - bei der Untersuchungsgruppe im allgemeinen nicht beobachtet werden. Während bei den pubertierenden Magersüchtigen (s. Tabelle V) die durchschnittliche Differenz zwischen Verbal- und Handlungsteil 8,7 Punkte beträgt, sind es bei den Kontrollpersonen 16,4 Punkte. Dieses Resultat erweist sich aufgrund einer Prüfung mit dem Wilcoxon-White-Test (MITTENECKER 1963⁴, S. 161) als fast signifikant. Auch die bedeutsamen Abweichungen der Untertests vom Mittelwert (WECHSLER 1956, S. 150) sind bei den Kontrollpersonen häufiger, nämlich durchschnittlich viermal im Gegensatz zu 2,9 mal bei den anorektischen Mädchen. Darüberhinaus sind die Abweichungen auch extremer und bewegen sich bis zu 5 Punkten oberhalb bzw. unterhalb der Mittelwerte.

Tabelle V. Differenzen zwischen Verbal- und Handlungs-IQ bei den 13-15jährigen Mädchen.

Magersuchsgruppe I (13-15jährige)	Kontrollgruppe I (13-15jährige)
Durchschnittl. IQ = 127, Sigma=4,56	Durchschnittl. IQ = 120, Sigma = 6,7
Verbal-IQ = 128, Sigma=4,13	Verbal-IQ = 126, Sigma = 5,4
Handlungs-IQ = 121, Sigma=8,27	Handlungs-IQ = 113, Sigma = 12,83
Durchschnittl. Unterschied zwischen Verbal- und Handlungs-IQ = 8,7 Punkte	Durchschnittl. Unterschied zwischen Verbal- und Handlungs-IQ = 16,4 Punkte

Diese Daten gelten jedoch nicht für die älteren Kontrollpersonen und scheinen somit charakteristisch für die Pubertät überhaupt zu sein¹⁾.

¹⁾ Nachträglich wird uns jetzt verständlich, warum es nicht möglich war, für die Pubertierenden eine Kontrollgruppe mit dem gleich hohen durchschnittlichen Intelligenz-Quotienten aufzustellen, obgleich nur jeweils die Begabtesten einer Klasse oder Gruppe getestet wurden; die Schwankungen der Untertests bei den normalen Pubertierenden drücken nämlich das Intelligenzniveau recht erheblich.

c. Versuch einer Interpretation der anhand des HAWIE-Tests
erzielten Ergebnisse.

Wenn man zu diesem letzteren Befund schon einen ersten Interpretationsversuch wagen darf, so könnte man denken, daß bei den Magersüchtigen die normalen puberalen Schwierigkeiten, die zwangsläufig zu Störungen im Leistungsbereich führen, verdrängt und nicht durchgelebt werden und damit später auch nicht bewältigt werden können. Das würde einmal den von THOMÄ (1961, S. 257) registrierten "auffälligen Mangel an dramatischen äußeren Konflikten" erklären und zum anderen unsere Hypothese, die in dem Zitat von THOMÄ schon enthalten ist, bestätigen, daß die Patientinnen die Umgestaltungen in der Pubertät mit allen psychischen Begleiterscheinungen verdrängen und - was daraus leicht abzuleiten ist - darum in ihrem intellektuellen Funktionieren ungestört sind. Man kann schon von hier aus die Vermutung aussprechen, daß die Patientinnen ihren Intellekt nicht, wie es ANNA FREUD (1946) für den asketischen Jugendlichen beschreibt, zur Bewältigung der anstürmenden Impulse einsetzen, sondern zur Abwehr derselben. Die Anpassungsleistung bzw. die Anpassung an die Außenwelt, welche die Magersüchtigen mit Hilfe ihres Intellekts vollbringen, erscheint durch das Ausschalten der erlebnismäßigen Faktoren fragwürdig und muß wohl eher im Sinne einer Anpassungsstörung (HARTMANN 1960, S. 122) interpretiert werden.

Wir haben uns dann überlegt, ob die erwachsenen Magersüchtigen deshalb einen nur durchschnittlichen Intelligenz-Quotienten haben, weil die Intelligenzleistung durch die länger andauernden intensiveren Verdrängungen herabgesetzt worden ist. Diese Frage glauben wir jedoch im Hinblick auf die Schulbildung und den Berufsweg der älteren anorektischen Mädchen verneinen zu können. Wie aus Tabelle I hervorgeht, haben 7 von 17 Patientinnen der Gruppe IIb und III nur die Volksschule besucht, obgleich das nicht vom sozialen Status der Eltern her gegeben war; und nur eine einzige hat das Abitur bestanden. Im Gegensatz haben dazu nur zwei der 15 jüngeren Mädchen Volksschulbildung, während 13 von ihnen entschlossen sind, bis zum Abitur durchzuhalten. Man muß von daher annehmen, daß die älteren Magersüchtigen (Gruppe IIb

und III) schon mit 10 Jahren begabungsmäßig nur zum Volksschulbesuch fähig waren oder es gerade noch bis zur Mittleren Reife schaffen konnten. Das bedeutet aber, daß sich schon vor dem Krankheitsbeginn das entsprechend niedrigere Intelligenzniveau gezeigt haben muß und somit der Verdacht einer durch die Krankheit herbeigeführten Leistungsminderung beseitigt werden kann.

Die Frage, warum die pubertierenden anorektischen Mädchen im Durchschnitt hoch begabt sind und eine absteigende Linie bis zum 21./22. Lebensjahr zu beobachten ist (diese Resultate sind durch den nachfolgenden und hier nicht mehr berücksichtigten Untersuchungen weiter bestätigt werden) bleibt also weiterhin offen. Man könnte jedoch vermuten, daß von den jüngeren Magersüchtigen aufgrund ihrer guten intellektuellen Kapazität schon früher eine intensive Verdrängung aufgebaut werden konnte als bei den weniger begabten Patientinnen. Diese Annahme wird u.a. durch die Arbeit von HARTMANN (1960) nahegelegt, der Beziehungen zwischen der Intelligenz und den Abwehrvorgängen beschreibt und u.a. ausführt, daß wir "kaum irregehen, wenn wir ... einen Intelligenzfaktor als selbständiges Element, als unabhängige Variable ansetzen, der die Wahl und den Erfolg des Abwehrvorganges mit entscheidet" (HARTMANN 1960, S. 92). "Wir erfahren in unserer klinischen Arbeit täglich, wie Unterschiede in der intellektuellen Entwicklung, der motorischen Entwicklung usw. sich in der Bewältigung der Konflikte des Kindes bemerkbar machen" (HARTMANN 1960, S. 93). Da die Intelligenz weiterhin "durch die Erbanlage in Ausmaß und Richtung wenigstens teilweise bestimmt" (HARTMANN 1960, S. 160), somit als konstitutionell verankert beschrieben wird, fühlen wir uns in der oben schon formulierten Vermutung bestärkt, daß die Abwehrformationen intelligenter Menschen oft komplizierter, geschickter und dadurch oft schneller wirksam sind als die von schwächer begabten Personen, bzw. daß die Abwehr der in der Pubertät mobilisierten Konflikte eher und intensiver erfolgt, je intelligenter die Patientinnen sind. Diese Vermutung wird durch die Daten auf Tabelle IV noch weiter unterstützt. Nimmt man den Zeitpunkt der Menarche mit in die Überlegungen hinein, so fällt auf, daß die Mädchen der Gruppe I eher etwas

verfrüht (nach UNDEUTSCH 1950 und ZELLER 1952 setzt die Menarche durchschnittlich mit 13,6 Jahren ein, was wir allerdings als etwas überholt und für heutige Verhältnisse zu spät angesetzt halten), die adoleszenten Patienten normal oder etwas verspätet in die Menarche, wenn man die Daten von ZILLIG nimmt (1949, 1954), die 12,6 Jahre für entsprechend hält. Der durchschnittliche Zeitpunkt der Menarche von 15,2 Jahren bei den älteren anorektischen Patientinnen läßt hingegen an eine schon vor dem Eintritt der Pubertät sich manifestierende Reifungshemmung denken oder an konstitutionelle Faktoren, wobei ersterem der Vorzug zu geben wäre.

Bedeutsam erscheint uns in diesem Zusammenhang, daß bei den intelligenteren Mädchen der Gruppe I und IIa der Beginn der Magersucht und das Sistieren der Periode ungefähr zusammenfallen, während bei den weniger begabten Patientinnen der Gruppe IIb die Amenorrhoe erst durchschnittlich 1 1/2 Jahre nach dem Ausbruch der Krankheit eintritt. Bei den älteren Patientinnen läßt sich diese Diskrepanz nicht nachweisen, weil die Angaben des Krankheitsbeginns vermutlich nicht stimmen und die Daten früher angesetzt werden müssen. Letzteres mag seinen Grund darin haben - und das wird später noch eingehend behandelt werden -, daß die Symptome im späteren Alter nur schleichend auftreten und ihnen bei Beginn noch kein Krankheitswert zugesprochen wird. Allein aufgrund der unterschiedlichen Daten bei Gruppe I, IIa und IIb hinsichtlich des Beginns der Magersuchts-Symptomatik und der Amenorrhoe sehen wir jedoch eine Bestätigung dafür, daß die Abwehrmechanismen in ihrer Intensität variieren und umso schneller wirksam werden und zu einem bedrohlichen körperlichen Zustand führen, je höher die Intelligenz der Patientinnen ist. Die weniger begabten Patientinnen kommen mit der Zeit allerdings auch zu ihrem Ziel, bieten dann aber ein mehr chronifiziertes Bild, was dazu verführt, diese Patientinnen als atypisch zu bezeichnen, obgleich die meisten von ihnen vermutlich recht klassische Magersuchten sind, deren Symptome durch das allmähliche Zunehmen der Abwehrbestrebungen nur etwas verbrämter erscheinen.

2. Erwartungen und Ergebnisse bei der Auswertung des Rorschach-Tests

- a. Strukturmerkmale, von denen erwartet werden kann, daß sie sich im Test zeigen werden.

Anschließend sollen jetzt unsere Untersuchungen mit dem Rorschach-Test abgehandelt werden. Dabei wollen wir noch einmal kurz auf die oben schon diskutierte Frage nach den Strukturmerkmalen der anorektischen Mädchen, die wir anhand der Tests erfassen wollen, eingehen und unsere Überlegungen ausführen in Hinsicht darauf, anhand welcher Testmerkmale oder Merkmalskombinationen sie sich voraussichtlich nachweisen lassen.

Wie schon des längeren ausgeführt wurde, wollen wir den Mechanismus der Verdrängung als ein durchgängiges Merkmal anhand des Rorschach-Tests, der diese Abwehrform erfahrungsge-
mäß erfassen kann, nachweisen und die Hypothese prüfen, daß dieser Mechanismus im Vergleich zu einer adäquaten Kontrollgruppe in seiner Intensität das normale Maß übersteigt. Darüberhinaus soll die Annahme verifiziert werden, daß sich innerhalb der Magersuchtsgruppen die Verdrängungsmechanismen mit steigendem Alter und zunehmender Krankheitsdauer verstärken und von Abwehren jüngerer Genese, vor allem der Verleugnung, überformt werden.

- b. Testmerkmale und Merkmalskombinationen, an denen sich die Strukturmerkmale voraussichtlich nachweisen lassen.

Um die erste Hypothese einer allgemein stärkeren Verdrängung bei den Magersüchtigen statistisch erfassen zu können, wurden 12 Rorschach-Merkmale, die in der Literatur als Zeichen für die Verdrängung angesehen werden, zu einem Verband zusammengestellt. Es wurde dabei vor allem auf SALOMON (1962) zurückgegriffen, der die Rorschach-Merkmale anhand des Z-Tests auf psychoanalytischer Grundlage interpretiert. Seine Testfaktoren für die Verdrängung wurden übernommen, soweit sie formale Merkmale betreffen. Bei den anderen Faktoren müssen zwangsläufig mehr subjektive Beurteilungen ins Spiel kommen, die immer angreifbar sind. Wie SALOMON schreibt, "wird oft über-

sehen, daß eigentlich nur die formale Ausdeutung eine objektive Methode sicher stellt, während die Inhaltsdeutung weitgehend subjektiver ist und sehr von der bevorzugten psychologischen Theorie des Testers beeinflusst wird" (SALOMON 1961, S. 163). Es wurden nun 6 von den 9 Faktoren hinzugezogen, die SALOMON als Zeichen für die Verdrängung angibt und die auch teilweise von anderen Autoren (RORSCHACH selbst, R. SCHÄFER u.a.) als solche angesehen werden. Zu diesen 6 Merkmalen gehören folgende (SALOMON 1962, S. 125):

1. Alle Schocks
2. Versager und eine Tendenz dazu
3. Koartation vonseiten der Bewegungsantworten
4. Koartation vonseiten der Farbantworten
5. Verlängerte Deutezeit
6. Relative und absolute Verminderung der Antwortenzahl bei zumindest normaler Intelligenz.

Die 3 weiteren Merkmale:

- a. Unbestimmte Formantworten zu den farbigen Klecksen
- b. Ein besonders schlechtes Niveau zu der zweiten farbigen Tafel
- c. Sexueller Komplex-Stupor

wurden nicht hinzugenommen, weil sie im Grunde Schockanzeichen sind und somit in der ersten Rubrik mit erfaßt sind.

Die weiteren 6 Faktoren wurden in Anlehnung an BRÜCKNER (1963) hinzugezogen:

7. Erhöhtes T% (BRÜCKNER 1963, S. 90)
8. Erhöhtes F% (S. 90)
9. Erhöhtes F+% (S. 90)
10. Erhöhtes V% (S. 58)
11. Erniedrigtes M% (S. 41)
12. Wenig Inhaltskategorien (S. 43)

Nachfolgend sollen einige Erfahrungen und Überlegungen referiert werden, die zu der Annahme geführt haben, daß die oben angegebenen Testmerkmale für das Wirksamwerden von Verdrängungsmechanismen charakteristisch sind. Wir stützen uns dabei vorwiegend auf die tiefenpsychologischen Ausführungen

von SALOMON (1962), beziehen aber auch die Überlegungen von RORSCHACH (1921), KLOPFER (1954), BOHM (1957² und 1960), ZULLIGER (1962²) u.a. und ganz zuletzt auch eigene mit ein.

Ad 1 und 2

Die Schocks, Farb- und Dunkelschock, werden im allgemeinen als generellstes Zeichen für starke neurotische Trieb- und Affektverdrängungen angesehen (BOHM 1957², SALOMON 1962 u.a.). Man geht davon aus, daß die Wahrnehmung der Farben, des Hell-Dunkel-Charakters oder was auch immer auf den Tafeln als symbolisches Äquivalent der Triebimpulse vorhanden sein mag (SALOMON 1962), Unlust und Angst hervorruft und das Ich alles in Bewegung setzt, um die hereinkommenden Reize zu binden und zu verarbeiten. Reagiert die Versuchsperson mit einem oder mehreren Schocks auf diese Tafeln, weist das auf verdrängtes Material hin, das schon durch die relativ schwachen Außenreize mobilisiert wird, wodurch die Ichfunktionen teilweise und unter Umständen nur für kurze Zeit außer Aktion gesetzt werden, bis eine verstärkte Abwehr das Gleichgewicht wieder hergestellt hat. Die affektive Reaktion wird danach umso intensiver sein, je stärker die Triebverdrängungen sind. "Ein Versager zu einer Tafel entspricht dann einem völligen Aussetzen der bewußten Ichfunktionen, ausgehend vom Wahrnehmungsapparat, um eine Überwältigung des Ichs von den Trieben her zu verhüten" (SALOMON 1962, S. 25).

Ad 3

Die Bewegungsantworten sind im Rorschach-Test ganz allgemein von hoher diagnostischer Bedeutung. KLOPFER (1954) nennt 3 Hauptmerkmale:

1. Eine kinästhetische Projektion
2. Ein menschliches Konzept, welches die Fähigkeit impliziert, die Welt als bevölkert zu sehen und mit anderen mitzufühlen
3. Perzeption auf einem hoch differenzierten und gewöhnlich gut integrierten Niveau.

Das alles läßt auf ein hohes Niveau der Ichfunktionen, einen relativ freien Zugang zu den Phantasien und ein hohes Niveau der emotionalen Integration, in welchem das Ich archaischen

oder primitiven Impulsen tolerant gegenüber steht, schließen. Wenn keine Bewegungsantworten gegeben werden, spricht das - wie ZULLIGER (1962²) formuliert - für eine instinktive Abwehr der Phantasien und schöpferischen Qualitäten, weil die unbewußten Kräfte gefürchtet werden und von ihnen Unheil und Bedrängnis erwartet wird. ZULLIGER und SALOMON haben beide die B-Einengung in der Pubertät und Adoleszenz beobachtet und darin den Versuch gesehen, sexuelle Phantasien abzuwehren und frühere, sexuell notwendig enttäuschende Objektbeziehungen aufzugeben. So sind die Bewegungsantworten unter anderem zweifellos auch ein Hinweis auf konfliktbeladene und ambivalente Objektbeziehungen und Identifizierungen (SALOMON 1962).

Ad 4

Das Reagieren auf Farben im Rorschach-Versuch entspricht den Umweltreaktionen und zeigt die innere Bereitschaft zu affektivem Kontakt (SALOMON 1962), während das Ausweichen eine Unfähigkeit dazu dokumentiert bzw. ein Verdrängen der emotionalen Komponenten erkennen läßt und ein Verleugnen alles dessen, was eine gefühlsmäßige Reaktion hervorrufen könnte. Kleine Kinder sind stark kinästhetisch und stark egozentrisch extratensiv zugleich. Durch die Ausbildung des disziplinierten Denkens wird eine gewisse Koartation bewirkt, die jedoch in eine Überbewertung des Intellektes einmünden und als Abwehr gehandhabt werden kann (RORSCHACH 1921).

Ad 5

Eine verlängerte Deutezeit weist auf eine depressive Struktur hin (RORSCHACH 1921), auf unterdrückte Spontaneität und läßt analytisch gesehen damit auch das Vorherrschen von Verdrängungsvorgängen erkennen.

Ad 6

Die Antwortenzahl ist ein direkter Ausdruck der Äußerungs-leichtigkeit und Äußerungslust (ZULLIGER 1962²). Eine geringe Anzahl deutet auf eine Verdrängung von Vorstellungen und emotionalen Regungen hin, die diese Vorstellungen aktivieren, und wird auch als Zeichen von Kontaktsperre angesehen.

Ad 7

Ein erhöhtes T% läßt ein Mangel an assoziativer Beweglichkeit erkennen (BOHM 1957²). Eigenständige Gedanken und Phantasien werden nicht zum Bewußtsein zugelassen und nur infantile und bekannte Vorstellungsinhalte zum Ausdruck gebracht. MONS (1957) spricht in diesem Zusammenhang von einer partiellen Regression auf die Haltung des Kindes, dem es an Intelligenz fehlt, um mit angsterregenden Situationen in adäquater Weise umzugehen.

Ad 8 und 9

Ein durchschnittliches F% weist auf diszipliniertes Denken, auf eine sachliche und realitätsbezogene Einstellung hin (BOHM 1957²). Nehmen die Formantworten auf Kosten der B- und/oder Fb-Antworten jedoch überhand, ist darin eine Abwehrhaltung gegen innere Impulse und/oder äußere Reize zu erkennen, die bei einem erhöhten F+% nach BRÜCKNER (1963) die Form der Verkopfung oder einer anderen intellektualisierenden Abwehrreaktion erhält. KLOPPER (1954) spricht bei einem erhöhten F% von einem beschränkten oder armen Erlebnistyp, der von affektiven und emotionalen Nuancen entblößt ist, die das Individuum selbst beitragen müßte.

Ad 10

Die Vulgarantworten sind ein Maßstab für die intellektuelle Anpassung an das Kollektiv (BOHM 1957²). Eine übermäßige Konventionalität dagegen ist, wie auch das F% und F+%, ein Zeichen für Überanpassung aus Angst vor eigenen Ideen und Entscheidungen; und es darf von hier aus nicht unbedingt auf situationsgerechte Ichleistungen geschlossen werden.

Ad 11 und 12

Sowohl das M% als auch die Zahl der Inhaltskategorien werden in der Literatur dann als Abwehrreaktionen bewertet, wenn ein Zuviel oder Zuwenig registriert werden muß, wobei nicht direkt auf den Mechanismus der Verdrängung hingewiesen wird, wie es bei den übrigen Merkmalen der Fall ist. Ein erniedrigtes M% spricht für mangelndes Interesse für die Umwelt und eine auffällige Kontaktstörung (BOHM 1957²) und wurde in die Reihe der Verdrängungsmerkmale mit aufgenommen, weil

unseres Erachtens eine starke Verdrängung aggressiver oder libidinöser Impulse vorliegen muß. Nur derjenige kann nach unseren Erfahrungen keinen Menschen deuten, der sein emotionales Erleben unterdrückt, wobei hier nahe Beziehungen zur Verleugnung nicht zu übersehen sind. Bei den Inhaltskategorien sind ähnliche Überlegungen vorausgegangen. Nur diejenige Versuchsperson beschränkt sich auf wenige Kategorien, die infolge starker Verdrängungen nicht imstande ist, Vorstellungen zu bilden und die Mannigfaltigkeit der Umweltgegebenheiten zu sehen (BRÜCKNER 1963), wobei auch hier Verleugnungen sicher eine große Rolle spielen dürften.

Da weder von SALOMON (1962) noch von BRÜCKNER (1963) in bezug auf die einzelnen Merkmale zahlenmäßige Anhaltspunkte gegeben werden, wurden diese Richtlinien teilweise von anderen Autoren übernommen, teilweise aber auch mit Hilfe statistischer Maßeinheiten selbst gewonnen. Nachfolgend wird dargelegt, auf welchem Wege die einzelnen Begrenzungen festgelegt wurden:

Ad 1

Da fast jede Versuchsperson im Rorschach-Verfahren wenigstens einen Schock aufzuweisen hat und eine solche Reaktion deshalb kein Kriterium sein kann, mußten neue Richtlinien gefunden werden. Dabei haben wir uns aufgrund der geringen Streuung an dem Medianwert der zusammengezogenen Untersuchungs- und Kontrollgruppen orientiert. Da 4 Schocks und mehr über dem mittleren Median liegen, wurden diese Zahlen als pathologisch im Sinne verstärkter Verdrängungsmechanismen gewertet, wobei unbeachtet blieb, auf welchen Tafeln diese Schocks auftreten, ob es sich also um einen Farb- oder Dunkelchock handelt. Bei Versagern oder Versagertendenzen wurde wie üblich verfahren.

Ad 3 und 4

Bei den Bewegungs- und Farbantworten wurde in Anlehnung an BOHM (1957², S. 92) eine Koartation registriert, wenn keine oder nur eine Bewegungsantwort bzw. Farbantwort gegeben wurde.

Ad 5

Bei der durchschnittlichen Deutezeit gelten die Werte 0,5 und 0,75 nach ZULLIGER (1952/53) als normal. Andere Zeiten wurden als verkürzt oder verlängert gewertet.

Ad 6

Bei den Antwortenzahlen wurden die Werte von KLOPPER (1954) übernommen, die 20 bis 40 Antworten als durchschnittlich bezeichnen.

Ad 7

Bei dem T% wurden die Angaben von RORSCHACH (1921) als Richtlinien genommen, der 35 % bis 50 % als Durchschnitt angibt.

Ad 8 und 9

Die Werte für das F% und F+% wurden statistisch gewonnen, weil wenig oder nur widersprechende Angaben hierfür in der Literatur zu finden sind. Es wurden alle Gruppen (Untersuchungs- und Kontrollgruppen) zusammengefaßt und die einzelnen Werte in eine Rangreihe gebracht. Diejenigen Werte, die in dem oberen Quartil liegen, haben wir als erhöht betrachtet. Praktisch ergab es sich danach, daß ein F% über 70 und ein F+% über 82 als überdurchschnittlich und pathologisch im Sinne einer verstärkten Abwehr angesehen wurde.

Ad 10

Bei dem V% wurden die Angaben von RORSCHACH (1921) als richtungsweisend angesehen, der einen Prozentwert von 20 bis 25 für durchschnittlich hält.

Ad 11 und 12

Die Werte für das M% und die Inhaltskategorien wurden wiederum statistisch gewonnen, obgleich für das M% Hinweise in der Literatur zu finden sind. Letztere erscheinen aber für Jugendliche, aus denen sich ein Teil unserer Patienten zusammensetzt, nicht zuzutreffen bzw. viel zu hoch angesetzt zu sein. Es wurden darum nur die Werte registriert, die in dem unteren Quartil liegen, wonach bei dem M% Werte von 0 bis 6 und bei den Inhaltskategorien Werte von 0 bis 4 (Mensch- und Tierdeutungen ausgenommen) relevant sind.

Selbstverständlich kann man nicht alles so scharf trennen, wie angestrebt und versucht wird, und Überschneidungen mögen die Regel sein. Mit Recht mag man auch darauf hinweisen, daß einige der hier aufgezählten Verdrängungsmerkmale ebenso gut für andere Abwehrmechanismen stehen können und andere Merkmale ganz vernachlässigt werden. Dennoch soll der Versuch gemacht werden, anhand dieser 12 Merkmale, die sich ergänzen, aber auch widersprechen können, nachzuweisen, daß sie im Gesamt öfter bei den magersüchtigen Mädchen auftreten als bei der adäquaten Kontrollgruppe. Es wurden dabei bewußt so viele Merkmale zusammengestellt, weil die Verdrängungen sich in den verschiedensten Merkmalen zeigen können und gerade bei den Anorektikern dies aufgrund ihrer divergierenden Charakterzüge vermutlich auch der Fall sein wird.

c. Statistische Berechnungen

Die Rorschach-^Verrechnungen der 32 magersüchtigen Mädchen und diejenigen der Kontrollgruppe wurden nun dahingehend durchgesehen, wieviele von den 12 Verdrängungsmerkmalen in den einzelnen Protokollen auftauchen. Wie aus den Tabellen VII und VIII deutlich wird, sind die Ergebnisse der Übersicht wegen mit Hilfe einer Stricheltabelle festgehalten worden. Die Kreuze geben an, welches Merkmal in dem beschriebenen Sinne zutrifft; und rechts sind dann die gesamten Verdrängungspunkte für jede einzelne Probandin eingetragen. Um zu kontrollieren, wie weit die Altersunterschiede die Verdrängung mit bedingen, wurde die Untersuchungsgruppe und die Kontrollgruppe altersmäßig aufgeteilt entsprechend der schon bei der Auswertung des HAWIE-Tests gehandhabten Einteilung. So bilden jeweils die 13-15jährigen, die 18-21jährigen und die 24-32jährigen eine Untergruppe. Es wurde nun die Varianz zwischen aller Magersüchtigen und Kontrollpersonen verschiedenen Alters für die Verdrängung errechnet; und zwar wurde das Maß an Verdrängung nach den Verdrängungspunkten bestimmt. Da die Punkte sich annähernd normal verteilen, konnte die Varianzanalyse in der Form des komplexen Planversuches (MITTENECKER 1963⁴, S. 127) angewandt werden. Mit diesem Verfahren können sowohl die Unterschiede zwischen den Gruppen

die durch den Unterschied zwischen der Magersuchts- und Kontrollgruppe bedingt sind, erfaßt werden, als auch diejenigen, die durch den Altersunterschied oder durch die Wechselwirkung von beiden hervorgerufen werden.

Tabelle VI. Verdrängungspunkte (Mittelwerte und Streuungsmaße der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe).

	Mittelwerte	Sigma
Gruppe MA _I ¹⁾	3,8	1,45
Gruppe MA _{II}	3,8	2,55
Gruppe MA _{III}	5,4	2,45

Gruppe KO _I ^{1')}	2,6	2,81
Gruppe KO _{II}	2,5	1,66
Gruppe KO _{III}	2,8	2,18

Gruppe MA-Gesamt	4,3	2,42
Gruppe KO-Gesamt	2,6	1,85

¹⁾ MA = Magersuchtsgruppe

^{1')} KO = Kontrollgruppe

Tabelle VII. Verdrängungspunkte der Magersüchtigen.

Ver-sager	Schock	B	Fb	DDZ	AZ	T%	V%	F%	F+%	M%	Inh.	Verdrän-gungspunkte
<u>Gruppe I</u>												
Cornelia A.	x		x	x				x			x	5
Petra A.		x				x				x		3
Birgit A.			x								x	2
Beate B.	x	x	x	x				x				5
Ilse C.	x							x				2
Ute C.	x	x		x	x	x			x			6
Reinhilde C.			x				x		x		x	4
<u>Gruppe IIa</u>												
Kathrin F.		x						x				2
Felicitas F.	x	x			x	x	x		x	x	x	8
Dietlinde F.				x		x			x			2
Friederike F.	x	x	x		x	x	x		x	x		8
Veronika F.	x			x								2
Susanne F.	x		x						x			3
Heide G.		x	x		x	x	x	x	x		x	8
Irene G.	x			x						x		3
<u>Gruppe IIb</u>												
Brigitte H.		x		x	x					x		4
Ingrid H.	x											1
Sigrid H.												0
Sabine J.	x	x						x				3
Elke J.		x				x	x	x				4
Dagmar J.		x						x		x		3
Erika J.	x	x		x	x		x		x	x		7
<u>Gruppe III</u>												
Erna M.	x	x		x				x		x	x	6
Lisa O.	x			x			x				x	4
Hildegard Q.	x	x		x	x			x		x	x	7
Helga Q.		x			x	x			x			4
Eva Q.				x	x							2
Rita Q.	x	x	x	x	x	x	x		x		x	9
Irmtraud Q.		x				x			x			3
Marianne R.		x				x		x		x	x	5
Gudrun T.				x		x	x		x		x	5
Elisabeth U.	x	x	x	x	x	x	x			x	x	10

Tabelle VIII. Verdrängungspunkte der Kontrollgruppe.

Ver- sager	Schock	B	Fb	DDZ	AZ	T%	V%	F%	F+%	M%	Inh.	Verdrän- gungspunkte
<u>Gruppe I</u>												
Margarete G.						x					x	2
Erika Sch.						x			x			2
Gisela B.								x		x		2
Anita S.												0
Mirjam B.	x					x			x			3
Bärbel M.				x	x		x					3
Gabrielle W. x			x	x		x	x				x	6
<u>Gruppe IIa</u>												
Regine F.	x			x								2
Anneliese S.				x						x		2
Bärbel O.	x					x		x	x		x	5
Heidrun H.									x			1
Renate V.	x	x		x	x	x				x		6
Christa M.	x											1
Edelgard J.		x								x		2
Traute O.				x						x		2
<u>Gruppe IIb</u>												
Herta K.				x	x		x				x	4
Heidi B.												0
Doris E.	x											1
Uta L.	x											1
Hilde E.						x	x					2
Eva C.	x					x	x	x				4
Ursula P.	x			x		x		x				4
<u>Gruppe III</u>												
Uta Sch.								x				1
Rosemarie H.		x		x	x		x					4
Inge K.						x						1
Gera B. x	x	x	x	x				x		x		7
Anna Sch.						x					x	2
Sigrun Z.												0
Karin D.	x			x	x	x	x				x	6
Doris K.				x		x	x					3
Maria G.				x								1
Hanna Q.		x			x		x					3

Varianzanalytische Auswertung:

Quelle der Variation	Gesamtsumme	df	Mittl. Quadrat	F
Zwischen den Gruppen	65,88	5	13,17	2,7 s.
Innerhalb der Gruppen	282,06	58	4,86	

Die Gesamtvarianz zwischen allen Magersuchts- und Kontrollgruppen erweist sich danach als signifikant. Mit anderen Worten bedeutet das, daß die Varianz zwischen den 6 Gruppen signifikant höher ist als die Zufallsvarianz erwarten läßt und die Hypothese der Zufallsschwankungen vom Mittelwert aus einer gemeinsamen Population verworfen werden kann.

Es wurde dann weiterhin der Einfluß der Variablen: Mager-sucht, Alter und ihre Wechselwirkung auf die Verdrängung varianzanalytisch (Planversuch) untersucht.

Varianzanalytische Auswertung:

Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittl. Quadrat	F
Zwischen MA u. KO	49,4	1	49,4	10,16 s.s.
Zwischen den Altersgruppen	11,61	2	5,80	n.s.
Wechselwirkung	4,87	2	2,43	n.s.

Die Berechnungen ergeben, daß sich statistisch keine Abhängigkeit vom Alter nachweisen läßt. Unsere weitere Hypothese, daß mit steigendem Alter und der damit verbundenen längeren Krankheitsdauer die Verdrängungen signifikant zunehmen, kann somit nicht gesichert werden. Sie ist jedoch in Anbetracht der Befunde bei den Magersuchtsgruppen auch nicht direkt widerlegt worden, so daß dieser Gedanke noch weiter verfolgt werden kann.

Nach diesen Ergebnissen anhand des Merkmalsverbandes wurden die Einzelmerkmale des Syndroms untersucht, um die Frage zu klären, ob die stärkere Verdrängung bei den Magersüchtigen sich gleichmäßig in allen Merkmalen oder bevorzugt in einigen

ausdrückt. Gleichzeitig wollen wir prüfen, ob sich in bezug auf die Einzelmerkmale zwischen den drei Altersgruppen der magersüchtigen Patientinnen Unterschiede im Sinne unserer zweiten Hypothese ergeben, die bei der Kontrollgruppe nicht zu finden sind. Zwar haben wir für den Merkmalsverband keine statistisch bedeutsame Variation eruieren können; die Befunde lassen aber eine gewisse Tendenz in dieser Richtung erkennen. Deswegen soll nun geprüft werden, inwieweit und bei welchen Einzelmerkmalen sich unter Umständen ein solcher Einfluß der Wechselwirkung von Erkrankung und Alter nachweisen läßt.

Bei denjenigen Merkmalen, die normal verteilt sind, können wir die Fragestellungen mit einem einzigen statistischen Verfahren, nämlich dem varianzanalytischen Planversuch, erfassen. Es gibt aber eine Reihe von Merkmalen, bei denen dieses Verfahren nicht angewandt werden kann, weil die Normalverteilung auch nicht annähernd gegeben ist. In diesen Fällen wollen wir in Einzelschritten vorgehen und zwar so, daß wir mit dem Wilcoxon-White-Test (MITTENECKER 1963⁴, S. 161) zuerst prüfen, ob Unterschiede zwischen den gesamten Magersuchtsgruppen und den gesamten Kontrollgruppen zu eruieren sind. Anschließend soll mit dem Kruskal-Wallis-Test (MITTENECKER 1963⁴, S. 164) untersucht werden, ob zwischen den 3 Altersgruppen der magersüchtigen Patientinnen Unterschiede bezüglich unserer zweiten Hypothese, daß mit steigendem Alter die Verdrängungen und damit die Verdrängungsmerkmale zunehmen, gegeben sind. Wenn solche Unterschiede gefunden werden sollten, müßten bei den entsprechenden Merkmalen anschließend der Nachweis erbracht werden, daß diese Befunde bei der Kontrollgruppe nicht zu beobachten sind, um altersspezifische und intellektuelle Faktoren auszuschließen.

Wir beginnen mit der Aufführung der normal verteilten Merkmale, die mit dem varianzanalytischen Planversuch untersucht werden konnten. Zuerst werden jeweils die Befunde für die einzelnen Magersuchtsgruppen dargelegt und daran anschließend diejenigen für die adäquaten Kontrollgruppen.

1. Befunde bei den Schocks und Versagern:

(Die Versager wurden zu den Schocks jeweils hinzugezählt bzw. als ein Schock gewertet)

	Mittelwert	Sigma
Gruppe MA _I	3,7	1,97
Gruppe MA _{II}	3	1,23
Gruppe MA _{III}	3,8	1,46
Gruppe KO _I	2,7	1,25
Gruppe KO _{II}	3,3	1,35
Gruppe KO _{III}	2,3	1,26
Gruppe MA-Gesamt	3,44	1,54
Gruppe KO-Gesamt	2,87	1,31

Die Varianzanalyse zeigt kein signifikantes Ergebnis. Auffällig ist nur, daß die Adoleszenten in der Kontrollgruppe relativ zu den beiden anderen Altersgruppen eher höhere Werte haben, während die magersüchtigen Adoleszenten demgegenüber zu niedrigeren Werten neigen.

2. Befunde bei der durchschnittlichen Deutezeit:

	Mittelwert	Sigma
Gruppe MA _I	0,5	0,19
Gruppe MA _{II}	0,74	0,4
Gruppe MA _{III}	1,07	0,6
Gruppe KO _I	0,6	0,24
Gruppe KO _{II}	0,81	0,60
Gruppe KO _{III}	0,83	0,29
Gruppe MA-Gesamt	0,86	0,33
Gruppe KO-Gesamt	0,77	0,42

Varianzanalytische Auswertung:

Quelle der Variation	Gesamtsumme	df	Mittl. Quadrat	F
Zwischen den Gruppen	1,42	2	0,71	3,38
Innerhalb der Gruppen	6,20	29	0,213	s.

Während eine alle 6 Gruppen umfassende Varianzanalyse keine Signifikanz ergibt, zeigen sich innerhalb der 3 Magersuchtsgruppen signifikante Unterschiede. Das bedeutet, daß die durchschnittliche Deutezeit bei den magersüchtigen Mädchen zwar mit zunehmendem Alter signifikant zunimmt, diese Tendenz aber auch bei der Kontrollgruppe, allerdings weniger deutlich, zu verzeichnen ist. Danach ist zu vermuten, daß dieses Faktum vorwiegend altersspezifisch bzw. von der Intelligenz abhängig ist und nicht so sehr im Sinne unserer Hypothese interpretiert werden darf. Letzteres wird noch dadurch bestärkt, daß mit Hilfe der daran anschließend durchgeführten t-Testanalyse nur ein Unterschied zwischen den Magersuchtsgruppen I und III, also den jüngeren hoch intelligenten und den älteren durchschnittlich begabten Patientinnen ($MA_{III} : MA_I = \text{Sigma}_{\text{Diff.}} = 0,219, t = 2,6 \text{ s.}$)

statistisch gesichert werden kann.

3. Befunde beim T%:

	Mittelwert	Sigma
Gruppe MA _I	43,7	7,4
Gruppe MA _{II}	41,7	17,4
Gruppe MA _{III}	58,5	13,7
Gruppe KO _I	55,6	12,9
Gruppe KO _{II}	45	12,6
Gruppe KO _{III}	42,3	8,7
Gruppe MA-Gesamt	47,9	16,4
Gruppe KO-Gesamt	47,6	12,6

Varianzanalytische Auswertung:

Quelle der Variation	Gesamtsumme	df	Mittl. Quadrat	F
Zwischen den Gruppen	2.619,7	5	523,9	2,74 s.
Innerhalb der Gruppen	11.082,9	58	191	

Die Gesamtvarianz zwischen allen Magersuchts- und Kontrollgruppen ist signifikant. Es wurde nun - wie auch bei den Verdrängungspunkten - der Einfluß der Variablen: Magersucht, Alter (Intelligenz) und ihre Wechselwirkung auf die Verdrängung untersucht.

Varianzanalytische Auswertung:

Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittl. Quadrat	F
Zwischen MA und KO	13,1	1	13,1	n.s.
Zwischen den Altern	731,9	2	366	n.s.
Wechselwirkung	1.874,7	2	937,3	4,9 s.

Anhand der Berechnungen zeigt sich, daß die oben gefundene Signifikanz weder allein auf die Erkrankung noch allein auf das Alter zurückgeführt werden kann, sondern durch die Wechselwirkung von beiden hervorgerufen wird. Anhand der Befunde läßt sich ablesen, daß das T% bei der Kontrollgruppe mit dem Alter abnimmt, sich somit der geistige Horizont der relativ normalen Mädchen allmählich erweitert, während bei den Magersüchtigen eine gegenläufige Tendenz vorhanden ist. Die Erkrankung scheint mit einer Stereotypisierung der Denkvorgänge einherzugehen, womit wir bei diesem Merkmal eine Bestätigung unserer Hypothese finden.

Wir fahren jetzt mit der Aufführung der Merkmale fort, die keine normale Verteilung haben. Hier prüfen wir zuerst mit dem Wilcoxon-White-Test, ob Unterschiede zwischen den gesamten Magersüchts- und Kontrollgruppen vorhanden sind, um danach mit dem Kruskal-Wallis-Test zu untersuchen, ob Unterschiede zwischen den 3 Altersgruppen der magersüchtigen Mädchen eruiert werden können.

4. Befunde bei den Bewegungsantworten:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	2,3	1,3	3
Gruppe MA _{II}	1,7	0,7	3,7
Gruppe MA _{III}	1,5	0,6	3,2
Gruppe KO _I	2,9	2,3	3,7
Gruppe KO _{II}	3,3	2,3	4,8
Gruppe KO _{III}	2,3	1,7	2,9
Gruppe MA-Gesamt	1,8	0,7	3
Gruppe KO-Gesamt	2,8	2,2	3,8

Die Prüfung mit dem White-Test ergibt:

T pop	= 1040	T MA	= 1217
Corr	= 1102	Sigma _T	= 72,43
z	= 2,44	P	= 0,02 signifikant

Die Prüfung mit dem White-Test zeigt signifikant niedrigere B-Werte. Insbesondere lassen die aufgeführten Befunde erkennen, daß es sich um eine klare B-Einengung bei der gesamten Magersuchtsgruppe handelt, da mehr als die Hälfte der Patientinnen keine oder nur eine Bewegungsantwort geben. Letzteres ist vor allem in Anbetracht der mindestens durchschnittlichen Intelligenz der magersüchtigen Mädchen ein bemerkenswerter Befund.

Die Prüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test ergibt keine signifikante Variation. Das besagt, daß Unterschiede innerhalb der Magersuchtsgruppen statistisch nicht nachweisbar sind.

5. Befunde bei den Farbantworten:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	0,9	0,6	7,5
Gruppe MA _{II}	3	1,5	7
Gruppe MA _{III}	3	2,6	5,5

Gruppe KO _I	2	1,7	3
Gruppe KO _{II}	4,3	3,3	5,5
Gruppe KO _{III}	4	3,4	6,2

Gruppe MA-Gesamt	2,5	1,5	6
Gruppe KO-Gesamt	3,8	3	4,7

Die Prüfung mit dem White-Test ergibt keine signifikanten Ergebnisse. Das besagt, daß die Gesamtgruppe der magersüchtigen Patientinnen keine signifikant stärkere Einengung hinsichtlich der Farbwerte im Erlebnistyp zeigen.

Der Kruskal-Wallis-Test zeigt ebenfalls kein signifikantes Ergebnis. Das besagt, daß sich auch die Magersuchtsgruppe nicht hinsichtlich der Anzahl der Farbreaktionen (Zahlen entsprechend dem Erlebnistyp) voneinander unterscheiden.

Überraschende Ergebnisse, die mit Hilfe eines anderen statistischen Verfahrens gewonnen werden konnten, werden später aufgeführt.

6. Befunde bei der Antwortenzahl:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	31	18	39
Gruppe MA _{II}	30	19,5	49
Gruppe MA _{III}	22,5	15,5	31
Gruppe KO _I	37	23	49
Gruppe KO _{II}	34	25	45
Gruppe KO _{III}	24	16	27
Gruppe MA-Gesamt	27,5	19	42
Gruppe KO-Gesamt	29	22,5	40

Weder die Prüfung mit dem White-Test noch mit dem Kruskal-Wallis-Test ergibt ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, daß sich die magersüchtigen Patientinnen in diesem Merkmal nicht von der adäquaten Kontrollgruppe unterscheiden und auch innerhalb der Magersuchtsgruppe keine bedeutsamen Unterschiede vorhanden sind.

7. Befunde bei den Vulgarantworten:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	6,3	4	8
Gruppe MA _{II}	6,1	5,1	7,5
Gruppe MA _{III}	5,5	5,1	7,3
Gruppe KO _I	6	5,1	7,3
Gruppe KO _{II}	5,7	3,5	7,2
Gruppe KO _{III}	5,4	5,3	6,4
Gruppe MA-Gesamt	6,1	5,1	7,5
Gruppe KO-Gesamt	5,5	4,4	6,5

Sowohl die Prüfung mit dem White-Test als auch die Prüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test zeigen keine signifikanten Resultate. Das besagt, daß sich die Magersüchtigen nicht hinsichtlich der Vulgarantworten von den Kontrollpersonen unterscheiden und auch innerhalb der Magersuchsgruppe keine Unterschiede statistisch gesichert werden können.

8. Befunde bei dem F%:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	68	65	76
Gruppe MA _{II}	65	55	74,8
Gruppe MA _{III}	61	48	68
Gruppe KO _I	65	42	68
Gruppe KO _{II}	57	48	73
Gruppe KO _{III}	43	36	58,5
Gruppe MA-Gesamt	63,5	54	74,7
Gruppe KO-Gesamt	58	42,7	66

Die Prüfung mit dem White-Test ergibt:

T pop	=	1040	T MA	=	875,5
Corr	=	150,5	Sigma _T	=	74,45
z	=	2,20	P	=	0,05 s.

Die anorektischen Mädchen zeigen signifikant höhere Werte bei dem Formprozent im Vergleich zur adäquaten Kontrollgruppe. Das besagt, daß die magersüchtigen Mädchen mehr reine Formantworten geben als die Durchschnittspopulation.

Der Kruskal-Wallis-Test ergibt dagegen kein signifikantes Resultat. Das besagt, daß das F% bei der Untersuchungsgruppe keine altersspezifischen Schwankungen zeigt.

9. Befunde bei dem F+%:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	79	70	90
Gruppe MA _{II}	81,3	75	85,7
Gruppe MA _{III}	77	68	100
Gruppe KO _I	80,3	72	83
Gruppe KO _{II}	75,3	69,7	80
Gruppe KO _{III}	66	61,3	78
Gruppe MA-Gesamt	80	71	88
Gruppe KO-Gesamt	73	69,5	80,3

Die Prüfung mit dem White-Test ergibt:

T pop	= 1040	T MA	= 880,5
Corr	= 56	Sigma _T	= 74,22
z	= 2,14	P	= 0,05 s.

Die Gruppe der magersüchtigen Patientinnen zeigt signifikant höhere Werte bei dem F+% als die Kontrollgruppe. Das heißt, daß die Magersüchtigen im Durchschnitt mehr gut gesehene und scharf abgegrenzte Formantworten gaben als das durchschnittliche Kollektiv.

Der Kruskal-Wallis-Test zeigt dagegen kein signifikantes Ergebnis hinsichtlich der Hypothese, daß das F+% mit steigendem Alter bei den Magersüchtigen zunimmt. Das Auffällige ist, daß das F+% bei den älteren, weniger intelligenten Magersuchtpatientinnen nicht sinkt, während bei der Kontrollgruppe ein mit dem Alter abnehmendes F+% deutlich hervortritt. Dieses Resultat bei den Magersuchtsgruppen scheint vor allem jedoch dadurch bedingt zu sein, daß einige anorektische Mädchen ein extrem hohes F+% (100 %) haben, was von der Interpretationsseite her weniger mit intellektuellen Faktoren als vielmehr mit depressiven Komponenten in Zusammenhang gebracht werden muß.

10. Befunde bei den Mensch- und Mensch-Detail-Antworten:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	6,2	2	6,8
Gruppe MA _{II}	4,2	1,5	6
Gruppe MA _{III}	3	1,3	5
Gruppe KO _I	3,7	2,7	5
Gruppe KO _{II}	4,2	2,2	6,7
Gruppe KO _{III}	3	1,8	4,3
Gruppe MA-Gesamt	4	1,6	6,4
Gruppe KO-Gesamt	3,5	2,2	5,2

Weder die Prüfung mit dem White-Test noch mit dem Kruskal-Wallis-Test ergeben signifikante Ergebnisse. Das bedeutet, daß die Magersüchtigen sich hinsichtlich dieses Merkmals nicht von einer Kontrollgruppe unterscheiden und auch innerhalb der Magersuchtsgruppen keine Unterschiede statistisch zu eruieren sind.

11. Befunde bei der Zahl der Inhaltskategorien:

	Median	Q1	Q3
Gruppe MA _I	7	4,3	8,8
Gruppe MA _{II}	8	5	12
Gruppe MA _{III}	4,75	4,1	5,9
Gruppe KO _I	6	4	8,7
Gruppe KO _{II}	7,7	6,3	12
Gruppe KO _{III}	7,3	6,3	8
Gruppe MA-Gesamt	6,3	4,5	9
Gruppe KO-Gesamt	7,7	6	10

Die Prüfung mit dem White-Test zeigt keine Signifikanz; das bedeutet, daß sich die gesamte Magersuchtsgruppe hinsichtlich der Zahl der Inhaltskategorien nicht von der gesamten Kontrollgruppe unterscheidet.

Mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Tests ergibt sich bei der Gruppe der Magersüchtigen: $H = 10,86$; $P = 0,02$, ein signifikantes Ergebnis. Dieses Resultat besagt, daß die Varianz zwischen den Magersuchsgruppen signifikant ist, und zwar hat die Gruppe der 24-32jährigen signifikant weniger Inhaltskategorien, während die 18-21jährigen im allgemeinen eine große Anzahl Inhaltskategorien bringen.

Bei der Kontrollgruppe deuten sich ähnliche Unterschiede nur an; bei der statistischen Prüfung erweisen sie sich aber keineswegs als signifikant.

Zusammenfassung:

1. Es wurden 12 Rorschach-Merkmale, die nach Literaturhinweisen charakteristisch für das Wirksamwerden von Verdrängungen sind, zu einem Merkmalsverband zusammengeschlossen. Alle Protokolle der magersüchtigen Mädchen und Kontrollpersonen wurden dann dahingehend untersucht, ob und wieviele der Verdrängungsmerkmale jeweils auftauchen. Die Anzahl der in unserem Sinne positiven Merkmale wurden zusammengezählt, so daß für jede Untersuchungs- und Kontrollperson eine bestimmte Anzahl von "Verdrängungspunkten" eruiert werden konnte. In einem weiteren Schritt wurde dann varianzanalytisch untersucht, ob sich hinsichtlich der Anzahl der Verdrängungspunkte Unterschiede zwischen der Magersuchs- und Kontrollgruppe ergeben und inwieweit das Alter und die Wechselwirkung von Krankheit und Alter auf die Verdrängung eine Rolle spielen könnte.

Die statistischen Berechnungen ergaben dann ein signifikantes Ergebnis hinsichtlich der Hypothese, daß die Magersüchtigen mehr Verdrängungspunkte haben als die adäquate Kontrollgruppe. Die weitere Hypothese, daß sich Unterschiede innerhalb der Magersuchsgruppen zeigen in Richtung darauf, daß mit steigendem Alter die Verdrängungen zunehmen, konnte statistisch nicht gesichert werden, obgleich die Tendenz dazu vorhanden ist.

2. Bei einer separaten Prüfung der 12 zu einem Merkmalsverband zusammengefaßten Einzelmerkmale im Hinblick darauf, wel-

che von ihnen im einzelnen signifikant erhöht oder erniedrigt im Vergleich zu einer adäquaten Kontrollgruppe auftreten, ergaben sich anhand des White-Tests signifikante Ergebnisse bei der Koartation der Bewegungsantworten, dem erhöhten F% und dem erhöhten F+% zugunsten der Magersuchtsgruppe. Das besagt, daß die Magersüchtigen weniger Bewegungsantworten und mehr Form- und vor allem scharfe Formantworten geben (prozentual) als die durchschnittliche Bevölkerung.

Man könnte nun anhand der beiden letzten Ergebnisse vermuten, daß hierbei intellektuelle Faktoren eine Rolle spielen und darum diese Signifikanzen erzielt werden konnten. Diesem Einwand kann jedoch mit dem Hinweis begegnet werden, daß die Kontrollgruppe das gleiche Begabungsniveau hat und darüberhinaus der Unterschied bei dem F+% vor allem durch die Werte über 85 bedingt ist, die bei den Magersüchtigen 10mal und bei der Kontrollgruppe nur zweimal vorkommen. Das läßt sich mittels der Chi-Quadratprobe (HOFSTÄTTER 1953, S. 12) noch zusätzlich sichern:

Chi-Quadrat = 6,02; df = 1; P = 0,02 signifikant.

3. Bei der Prüfung der Einzelmerkmale in Hinsicht darauf, ob sich mit steigendem Alter Unterschiede zeigen im Sinne unserer Hypothese, hat sich anhand der Varianzanalyse bzw. des Kruskal-Wallis-Tests ergeben, daß die durchschnittliche Deutezeit, das T% und die Zahl der Inhaltskategorien bei den einzelnen Untersuchungsgruppen variieren.

Die durchschnittliche Deutezeit verlängert sich mit steigendem Alter signifikant, während bei der Kontrollgruppe eine ähnliche, aber weniger deutliche Tendenz zu beobachten ist. Letzteres weist darauf hin, daß alters- und begabungsspezifische Faktoren eine Rolle spielen können und mahnt zur Vorsicht bei den Interpretationen, die auf diese Ergebnisse aufbauen.

Das T% zeigt innerhalb der Magersuchtsgruppen ebenfalls eine signifikante Varianz und hat im Vergleich zur Kontrollgruppe eine gegenläufige Tendenz. Es nimmt bei den Magersüchtigen mit dem Alter zu (besonders bei Gruppe III),

während bei der Kontrollgruppe eine absteigende Linie verfolgt werden kann.

Die Zahl der Inhaltskategorien verringert sich bei den anorektischen Mädchen mit dem Alter signifikant; allerdings ist dieses Resultat weniger ergiebig, weil die gleiche Tendenz auch bei der Kontrollgruppe vorhanden ist und damit alters- und begabungsspezifische Komponenten nicht völlig ausgeschlossen werden können.

d. Interpretation der bisherigen Resultate anhand des Rorschach-Tests

Vielleicht sollte an dieser Stelle ein erster Versuch gemacht werden, die bisherigen Ergebnisse zusammenzufassen und zu interpretieren, bevor die weiteren Untersuchungen dargelegt werden. Die erste Hypothese, daß die Magersüchtigen stärker verdrängen als die Kontrollpersonen, konnte anhand eines Merkmalsverbandes nachgewiesen werden, der aus 12 Rorschach-Merkmalen zusammengesetzt wurde, die jede für den Mechanismus der Verdrängung charakteristisch sind. Die zweite Hypothese, daß die Verdrängungen sich bei zunehmendem Alter und der damit verbundenen längeren Krankheitsdauer verstärken, konnte nicht verifiziert werden, obgleich die Tendenz dazu vorhanden ist. Die immer wieder auftauchende Frage, ob und inwieweit die Intelligenz einen Einfluß auf die Ergebnisse haben könnte, da manche Faktoren wie F%, F+% erfahrungsgemäß auch intellektuelle Fähigkeiten widerspiegeln, hebt sich schon deswegen auf, weil die Kontrollgruppe begabungsmäßig dasselbe Niveau hat. Um alle Zweifel zu beseitigen, wurde trotzdem noch mit Hilfe der Rangkorrelation (HOFSTÄTTER 1953, S. 103) untersucht, ob eine Beziehung zwischen Intelligenz und Verdrängungspunkten besteht. Der gefundene Wert von $Rho = -0,16$ bestätigt jedoch eindeutig, daß - wie auch erwartet - keine Zusammenhänge vorliegen und bestärkt damit die Annahme, daß die Resultate mit Abwehrvorgängen in Verbindung gebracht werden müssen, die für Magersüchtige charakteristisch zu sein scheinen.

Die daran anschließende Aufgliederung des Merkmalsverbandes in die Einzelmerkmale, wobei nun untersucht wurde, welche der 12 Faktoren sich als besonders bedeutsam erweisen, ergab weitere Hinweise. Koartation der Bewegungsantworten, ein erhöhtes F% und F+% konnten bei den Magersüchtigen im Vergleich zu den Kontrollpersonen registriert und statistisch gesichert werden; und es mag gerechtfertigt sein, diese Faktoren an dieser Stelle noch einmal isoliert zu betrachten und zu interpretieren. Die Bewegungsantworten, die als erste abgehandelt werden sollen, repräsentieren nach BOHM (1957²) in erster Linie den inneren Erlebnisreichtum und stehen in Zusammenhang mit den schöpferischen Kräften der Persönlichkeit. Werden diese Deutungen nicht gegeben, so weist das, wenn eine unterdurchschnittliche Intelligenz ausgeschlossen werden kann, auf eine Verdrängung dieser emotionalen Erlebnisweisen hin. Dieser Mechanismus soll - wie schon erwähnt - häufig bei Pubertierenden, die von sexuellen Phantasien bedrängt werden, zu beobachten sein. SALOMON (1962, S. 94) referiert in diesem Zusammenhang den schon von FREUD beschriebenen Vorgang, daß in der Übergangsepoche zur genitalen Reife die alten Objektbesetzungen und -beziehungen erneut in Frage gestellt werden und der Heranwachsende sich von ihnen ablösen muß. "Den Neurotikern aber gelingt diese Lösung nicht, der Sohn bleibt sein Leben lang unter der Autorität des Vaters gebeugt und ist nicht imstande, seine Libido auf ein fremdes Sexualobjekt zu übertragen. Dasselbe kann mit Veränderung der Beziehung das Los der Tochter werden. In diesem Sinne gilt der Ödipuskomplex mit Recht als Kern der Neurosen" (FREUD 1917, S. 358). Da die menschlichen Bewegungsantworten auch immer einen Zusammenhang mit den libidinös besetzt gehaltenen Objektbeziehungen haben, so führt SALOMON (1962) weiter aus, wird es klar, daß die B-Einengung in der Pubertät und Adoleszenz dem Versuch entspricht, diese früheren sexuell notwendig enttäuschenden Objektbeziehungen aufzugeben. Das Auftreten verdrängter B in späteren Lebensepochen weist darauf hin, daß dieser normale Vorgang mißlungen ist und die Fixierung an das inzestuöse Objekt nicht gelöst werden konnte. Bei den Magersüchtigen geht nun im Durchschnitt die B-Einengung weit über

das normale Maß hinaus und übertrifft signifikant die eben beschriebene B-Verdrängung Pubertierender. Man könnte vermuten, daß die Stärke dieser Abwehr dem Ausmaß der infantilen Fixierungen entspricht, die nicht aufgehoben werden können, wie es besonders deutlich bei den älteren Patientinnen zutage tritt, die ebenfalls die extreme B-Verdrängung, wenn nicht noch stärker, zeigen. Die Verdrängungen werden beibehalten und mit der Zeit so verstärkt, daß eine innere Leere entsteht, die über die tiefe unbewußte Ambivalenz den inzestuösen Objekten gegenüber oft hinwegtäuschen kann. Die Patienten fühlen nichts mehr, weder Leid noch Freude, und sind zufrieden, wie es oben beschrieben wurde.

SALOMON (1962, S. 93) führt die B-Einengung unter anderem auch darauf zurück, daß die Menschen verleugnet werden, wodurch eine Bewegungsantwort unmöglich gemacht wird. In diesem Fall entspräche die B-Einengung dann mehr dem Mechanismus der Verleugnung. Das scheint bei den Magersüchtigen jedoch nicht zuzutreffen, da das M% keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe erkennen läßt. Die Patientinnen sehen den Menschen, sie verdrängen aber die emotionale Seite und behalten diese Verdrängung im Gegensatz zu diesen Kontrollpersonen bei, wodurch jegliche Auseinandersetzung und Bewältigung der Konflikte unmöglich gemacht ist. Der Übergang zur genitalen Reife kann nicht vollzogen, die Libido nicht auf neue Objekte übertragen werden. "Es kommt zu einer Ichregression, bei der das Ich aus ökonomischen und dynamischen Notwendigkeiten zu genetisch primitiveren Verhaltensweisen gezwungen wird" (SALOMON 1962, S. 142). Infolge der damit einhergehenden Regression zu den frühinfantilen Objekten wird die Abwehr verstärkt, wobei es entsprechend MITSCHERLICHs zweiphasigem Abwehrvorgang zu körperlichen Manifestationen anstelle von seelischen Abwegigkeiten kommen kann. "Statt der neurotisch getönten Bezogenheit auf ein äußeres Objekt zentriert sich die affektive Aufmerksamkeit (libidinös und aggressiv) auf das Symptom, den eigenen Körper" MITSCHERLICH 1961, S. 15).

Schließen wir an dieser Stelle die signifikant erhöhten F und F+ - Antworten in unsere Überlegungen ein, so kann man sagen, daß die Abwehr der erlebnismäßigen Komponenten zugunsten rationaler Umwelterfassung geschieht. Ein Überwiegen reiner und scharfer Formdeutungen repräsentiert nach KLOPFER (1954) einen beschränkten und armen Wahrnehmungstyp, der der emotionalen und affektiven Nuancen entbehrt, die das Individuum aufgrund der Farb- und Schattierungselemente selbst beitragen müßte. BRÜCKNER (1963) spricht bei einem erhöhten F und F+% von einer Verkopfung, wohl in Anlehnung an REICHs Verkopfungs-Neurose (BOHM 1957², S. 206), die dadurch charakterisiert ist, daß der Proband aus Angst vor seinen inneren Impulsen versucht, mit Hilfe einer weitgehenden Intellektualisierung seine Affekte zu bewältigen. Das läßt einmal an die von PALMER et al. (1952) aufgrund ihrer Ergebnisse mit dem Wechsler-Bellevue-Test vermutete intellektualisierende Distanz denken, die in milderer Form bei allen Jugendlichen zu beobachten ist. ANNA FREUD (1946) führt u.a. aus, daß die erhöhte Intellektualität des Jugendlichen nichts anderes ist als die auch sonst vorhandene Bemühung des Ichs um Triebbewältigung mit Hilfe von Gedankenarbeit. Dabei ist es wohl sinnvoll, an dieser Stelle einen kurzen Exkurs über die Pubertätsaskese einzufügen, um magersuchtspezifische Merkmale von pubertätsbedingten besser abgrenzen zu können. Es ist allgemein bekannt, daß "der Jugendliche unter den Bedingungen des Pubertätsschubes triebhafter" wird (A. FREUD 1946, S. 182). Viele junge Menschen versuchen, diese Regungen zu unterdrücken und entwickeln hohe Moralbegriffe und Ideale als Gegengewicht zu diesen beängstigenden psychischen Veränderungen. ANNA FREUD (1946) diskutiert nun die Frage, ob man hier überhaupt von Verdrängungen im eigentlichen Sinne sprechen darf, da die Triebfeindlichkeit von gewissen Jugendlichen weit über das hinausgeht, was wir bei leichteren oder schwereren neurotischen Erkrankungen an Triebverdrängungen zu sehen gewöhnt sind. Sie führt weiter aus, daß bei den üblichen Neuroseformen die Abwehr immer an die Qualität des Triebes geknüpft ist. Der Hysteriker z.B. verdrängt die genitalen Regungen, der Zwangsneurotiker richtet seine Ab-

wehr gegen die anal-sadistischen Wünsche, der Melancholiker widersetzt sich den oralen Tendenzen usw. Dabei werden diejenigen Impulse, die nicht als spezifisch abgewehrt werden, ohne weiteres toleriert. Die Triebabweisung vieler Jugendlicher gibt nach ANNA FREUD jedoch ein ganz anderes Bild. Sie richtet sich allerdings zuerst auch gegen besonders verpönte Triebzentren, dehnt sich aber später auf alle Triebimpulse aus, so daß zuletzt unterschiedslos jegliche Emotionen abgewehrt werden. Immer wird neben der Qualität vor allem auch die Quantität des Triebes gefährdet. ANNA FREUD nimmt aufgrund ihrer Überlegungen an, daß es sich unter Umständen um einen primitiveren Prozeß handelt als bei der eigentlichen Verdrängung, obgleich die Abwehr der genitalen Strebungen sicher primär ausschlaggebend und auslösend für das weitere Geschehen ist. Da die Askese, also der glatte Triebverzicht, die Beunruhigung auch nicht völlig beseitigen kann, versucht mancher Jugendliche, mit Hilfe von Intellektualisierungen oder einem Durchdenken des durch den Trieb ausgelösten Konfliktes diesen zu bewältigen. Das Denken stellt sich damit in einen Gegensatz zur Askese und wendet sich den triebhaften Vorgängen zu, wodurch ihre Beherrschung angebahnt und möglich wird.

Dieser von ANNA FREUD (1946) beschriebene Pubertätsverlauf des asketischen Jugendlichen scheint bei den magersüchtigen Patientinnen sich ähnlich, aber in gesteigerter Form zu vollziehen. Obgleich nach ANNA FREUD (1946) angezweifelt werden kann, ob man bei den Pubertierenden von Verdrängung im eigentlichen Sinne sprechen kann, soll dieser Terminus des besseren Verständnisses halber weiter beibehalten werden. Bei den Magersüchtigen steht, wie wir wissen, ebenfalls die Askese, also das generelle Triebverbot, im Mittelpunkt ihrer bewußten und unbewußten Bemühungen; Die Patientinnen scheinen aber im Gegensatz zu den "normalen Pubertierenden" ihren Intellekt nicht zum Durchdenken der Konflikte einzusetzen, sondern einzig und allein zur rigoroseren Abwehr der beunruhigenden emotionalen

Regungen. Im Extremfall wird dieser Mechanismus zur leeren Form, der unabhängig vom Erleben der Patientinnen existiert und ein Eigendasein zu führen beginnt, weil mit der Zeit jeglicher Bezug zum Leben verloren geht. "Dort, wo das Ich auf irgendeine unerklärte Weise die Kraft hat, die Triebabweisung konsequent zuende zu führen, dort kommt es zur Lahmlegung der Lebenstätigkeiten, also zu einer Art katatonem Zustand, den wir nicht mehr dem gewöhnlichen Pubertätsablauf, sondern schon einer Art psychotischer Veränderung zuweisen müssen" (ANNA FREUD 1946, S. 180). Diese Feststellung von ANNA FREUD scheint auch für einen Teil der Magersüchtigen zuzutreffen und den in schweren Fällen beobachteten Zustand zu charakterisieren. Diese, anhand der Testmerkmale unterbaute Vermutung, daß schwere Magersuchtskranke aufgrund tiefer Regressionen (sowohl Ich- als auch Triebre Regressionen) in gefährliche Nähe psychotischer Veränderungen kommen können, läßt die Hypothese zu, daß die Magersucht eine Vorstufe psychotischer Erkrankungen ist oder aber stellvertretend für diese steht. Die Annahme gleitender Übergänge von Neurosen zu psychosomatischen Leiden und Psychosen, die u.a. v. UEXKÜLL (1963) vertritt, wird somit unterstützt. Sie wird darüberhinaus auch aufgrund der Behandlungsverläufe bei magersüchtigen Patientinnen unterhalten, bei denen mit einer Symptombesserung häufig eine Zunahme neurotischer Störungen einhergeht, bei einer Verschlechterung jedoch merkwürdige Charakterdeformierungen in Erscheinung treten.

Die Frage, warum die Magersüchtigen nicht wie andere Pubertierende reagieren, sondern ihren Intellekt zur Verstärkung der Abwehr einsetzen, kann anhand der hier angewendeten Tests nicht gelöst werden. Es lassen sich jedoch Vermutungen aufgrund einiger Beobachtungen aufstellen. Auffallend ist nämlich, daß nicht nur bei Magersüchtigen, sondern meistens auch bei deren Eltern ein strenges Tabu herrscht in bezug auf alles, was auch nur im entferntesten mit Sexualität zu tun haben könnte. "Das Sexuelle ist immer völlig tabuiert" (JORES 1962, S. 612). So schreibt MENG (1944) von einer Magersuchts-Patientin, "daß die Mutter

jeder Unbeherrschtheit des Kindes entgegengetreten sei, später in der Pubertät jede Äußerung, die an das sexuelle Problem erinnerte, zurückwies" (MENG 1944, S. 64). Sicher ist das Verhalten der Eltern nicht die alleinige Ursache für die Entwicklung einer Magersucht, mag aber mit dazu beitragen, daß die Flucht vor den Trieben bzw. die Abwehr noch intensiviert wird. Das Tabu der Eltern wird introjiert und ein strenges und hartes Überich aufgebaut, das sich vor allem auch in dem erhöhten F+% zeigt. Nach BOHM kann das F+% bis zu einem gewissen Grade auch als Funktion des Überichs angesehen werden, "so daß ein maximales F+% ein starkes und hartes Überich repräsentieren würde, wie man es auch bei Zwangsneurosen und Depressionen findet" (1960, S. 96).

Weitere Hinweise mögen die Überlegungen geben, daß nach RORSCHACH (1921) normalerweise eine deutliche Proportion zwischen der Zahl der Bewegungsantworten und der Schärfe des Formsehens besteht, weil hier intellektuelle Faktoren mit hineinspielen und sowohl die Bewegungsantworten als auch Qualität und Quantität der Formantworten von dem intellektuellen Funktionieren abhängen. RORSCHACH (1921) u. a. nehmen überall dort, wo diese Proportion - in der Weise wie auch bei den Magersüchtigen - nicht auftritt, ein Vorherrschen depressiver Züge an (BOHM 1960, S. 23). Das würde bedeuten, daß die magersüchtigen Patientinnen im Grunde depressiver sind als das durchschnittliche Kollektiv. Letzteres wird von vielen Autoren (BAHNER 1954, JORES 1962, THOMÁ 1962 u.a.) festgestellt, aber auch, daß sich die depressive Grundstimmung nicht immer am Verhalten der magersüchtigen Patientinnen ablesen läßt, da die Kranken ganz verschiedene Reaktionsweisen zeigen. Zwar kann man bei einigen Magersüchtigen manifeste, depressive Verstimmungen registrieren, aber das ist nicht die Regel. "Die tiefe Depression versteckt sich oft hinter der Fassade eines pseudo-aufgelockerten Verhaltens" (JORES 1962, S. 620). Diese mit Hilfe der Testbefunde eruierte depressive Grundstimmung läßt jedoch die Schlußfolgerung zu, daß die Magersucht auf dem Hintergrund einer mehr depressiven Struktur zu entstehen scheint. Diese Vermutung wird durch die Erfahrungen bei den psychotherapeutischen Behandlungen unterstützt, da in den meisten Fällen bei einem erfolgreichen

Therapieverlauf und einer Schwächung der Abwehrformationen depressive Verstimmungen auftreten, vor deren Durcharbeitung die Patientinnen verständlicherweise oft zurückschrecken. Hypothetisch könnte man sich vorstellen, daß die Magersucht extreme Formen annimmt, wenn infolge einer tiefen (Trieb-) Regression die depressiven Komponenten überhand zu nehmen drohen und die Abwehr entsprechend verstärkt wird. Die im erhöhten F% und F+% dokumentierte Überanpassung muß umso unrealer und verzerrter wirken, je größer die Kluft zwischen den regressiven Bedürfnissen und der nach außen demonstrierten Selbständigkeit und Selbstzufriedenheit wird.

Werden die Merkmale mit berücksichtigt, die bei den Magersüchtigen mit steigendem Alter in ihrem Stärkegrad zunehmen (T%, durchschnittliche Deutezeit und Zahl der Inhaltskategorien), so wird die Vermutung dominierender depressiver Züge noch weiter verstärkt; dies einmal durch die Art der Merkmale und zum anderen durch die Überlegung, daß mit der daraus abzuleitenden zunehmenden Abwehr vermutlich eine weitere (Trieb-)Regression einhergeht. Letztere Interpretation stützt sich vor allem auf das zunehmende T%, das - wie schon beschrieben - nach MONS (1957) eine partielle Regression auf die Haltung des Kindes zeigt. Die Zahl der Inhaltskategorien scheint mit dem Alter und der in unserer Gesellschaftsform damit einhergehenden Spezialisierung generell abzunehmen und scheidet damit als Interpretationsgrundlage für spezifische Reaktionen oder strukturelle Gegebenheiten magersüchtiger Mädchen weitgehend aus. Sowohl bei den Magersüchtigen als auch bei den Kontrollpersonen zeigen die adolescenten Mädchen die höchsten Werte, was besagen könnte, daß in diesem Alter die Vorstellungswelt besonders aktiv wird und sich die Interessen noch auf viele Gebiete erstrecken, bevor Berufsausbildung und Beruf bzw. die Einstellung auf ein bestimmtes Ziel, zu einer Einengung und Begrenzung führen.

Da aber nicht nur die Dauer der Erkrankung, sondern auch die Intensität der Abwehrbestrebungen für die Tiefe der Regression und den Grad der Charakterdeformierung bedeutsam zu sein scheint, wird verständlich, warum sich eine

zunehmende Verdrängung in steigendem Alter nicht statistisch signifikant nachweisen läßt. In einzelnen Fällen, z.B. bei den jüngeren intelligenteren Patientinnen, scheint die Abwehr sofort so intensiv eingesetzt zu werden, daß die extremen Symptome schon früher eintreten als es durchschnittlich der Fall ist.

e. Unerwartete Befunde und deren Diskussion

Es mag nach diesen ersten Interpretationsversuchen an der Zeit sein, diejenigen Merkmale aufzuzählen und zu diskutieren, deren Ergebnisse nicht unseren Erwartungen entsprachen. So ergaben die Zahl der Schocks, die Antwortenzahlen, das M%, das V% (auch wenn M- und V-Antworten absolut genommen werden, weil sie ja von der Antwortenzahl abhängig sind) als Einzelmerkmale keine statistisch signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe, und auch innerhalb der Magersuchsgruppe konnten keine Unterschiede gesichert werden.

Eine besondere Stellung nehmen, wie schon angedeutet, die Farbantworten ein, von denen wir glaubten, daß sie aufgrund ihrer Deuterelation in besonderer Weise spezifisch sein würden. Die ersten Berechnungen jedoch brachten keine Ergebnisse; weder unterscheidet sich die Gruppe der anorektischen Patientinnen von der Kontrollgruppe anhand des Wilcoxon-White-Tests, noch zeigen sich anhand des Kruskal-Wallis-Tests signifikante Differenzen innerhalb der Magersuchsgruppe. FFb-, FbF- und Fb-Antworten separat aufgeführt, ließen auch keinerlei Unterschiede oder Verschiebungen erkennen. Die Ursache für dieses unerwartete Resultat zeigte sich dann, als die Farbantworten (nach den Zahlen der Erlebnistypen) der Magersüchtigen und Kontrollpersonen in eine Rangreihe gebracht wurden. Überraschenderweise waren die obersten und die untersten Rangplätze, also die Extremwerte, von den Magersüchtigen besetzt; und mit Hilfe des parameterfreien Verfahrens von SIEGEL und TUCKEY (1960, S. 429-445), einer Modifikation des Wilcoxon-White-Tests, ließ sich die Beobachtung aus statistisch sichern.

Nach der Formel

$$Z = \frac{2 R_1 - n_1 (n_1 + n_2 + 1)^{\pm 1}}{\sqrt{n_1 (n_1 + n_2 + 1)(n_2/3) - 4n_1 n_2 / (n_1 + n_2)(n_1 + n_2 - 1) (S_1 - S_2)}}$$

ergibt sich:

R_{MA}	= 810	$n_1 = 32$
S_1	= 89253	$n_2 = 32$
S_2	= 88636	
z	= 3,14	
R_{MA}	= Summe der Rangplätze der Magersuchtspatienten- beim Vorgehen von den Extremwerten zu den Mittel- werten	
S_1	= Summe der Quadrate der Ränge für die identischen Maßzahlen	
S_2	= Summe der Quadrate der mittleren oder Durch- schnittsränge für die identischen Maßzahlen	
n_1	= Anzahl der Magersuchtspatienten	
n_2	= Anzahl der Kontrollpersonen	

Das Ergebnis zeigt, daß die Magersüchtigen sich hinsicht-
lich der Farbantworten von den Kontrollpersonen unterschei-
den und zwar durch entweder extrem hohe oder extrem nie-
drige Farbwerte. Die Werte der Kontrollpersonen liegen dem-
gegenüber mehr im Mittelbereich.

Was besagen nun diese Resultate? Während nach BOHM (1957²,
S. 99) die Bewegungsantworten das eigentliche Innenleben
der Persönlichkeit repräsentieren, entsprechen die Farbant-
worten in ihrer Gesamtheit den nach außen gewandten Seiten
des Seelenlebens, den Umweltreaktionen. Die Farbantworten zeigen
(KLOPFER 1954), wie die Person auf emotionale Reize und
Beziehungen mit anderen Menschen reagiert. Werden die
Probanden zu sehr von Farben angesprochen, spricht das
einerseits für eine Affektlabilität (ZULLIGER 1962), für
Flüchtigkeit, Launenhaftigkeit und Einbildungsfähigkeit.
Es kann aber auch eine gewisse Antriebskraft und ein
expansiv aggressives Verhalten dokumentieren. Der Mangel
an Farbantworten bezeugt dem gegenüber eine Unmöglichkeit

zu affektivem Kontakt, ein Zurückziehen der Objektlibido, sowie Hemmungen in der motorischen Triebabfuhr (SALOMON 1962). BOHM (1960) spricht in diesem Zusammenhang von einer Verkümmernng der peripheren Reaktionsbereitschaft und emotionalen Ansprechbarkeit.

Diese Ergebnisse der Extrem-Reaktionen in beide Richtungen, also entweder relativ unkontrolliertes Reagieren auf Farbstimuli oder striktes Ablehnen jeglicher Außenreize, lassen an die oben beschriebenen gegensätzlichen Verhaltensweisen der magersüchtigen Patientinnen denken, die von scheinbar freundlicher Zugewandtheit und gefühlsmäßigem Eingehen auf Angebote bis zur völligen Ablehnung jeder Hilfeleistung gehen, Die Frage ist nun, wie dieses Verhalten und die damit korrespondierenden Testergebnisse (die Patientinnen mit den extrem hohen Farbwerten sind auch diejenigen, die ein freundlich zugewandtes Verhalten zeigen) zu interpretieren sind. Man könnte annehmen, daß das Reagieren bzw. Nichtreagieren auf Farbangebote mehr mit dem Abwehrmechanismus der Verleugnung zu tun hat als mit dem der Verdrängung, obgleich SALOMON (1962) u.a. die Koartation der Farben den Verdrängungsmechanismen zuordnen und man vermutlich auch nicht präzise unterscheiden kann, welcher Mechanismus gemeint ist. Die Probanden lehnen im Grunde sichtbare Zeichen ab, sie verleugnen die Farbqualität und tun so, als ob sie nicht vorhanden wäre. "Eine äußere Wahrnehmung wird teilweise verleugnet, um die Vorstellung, daß eine Triebrealisierung gefährlich werden könne, zu beseitigen" (SALOMON 1962, S. 141). Es findet somit eine gewaltsame Veränderung der Außenwelt statt, die ein Charakteristikum der Verleugnung oder, wie TOMAN (1954) treffender sagt, für "die Leugnung der Realität" ist. Die formalen Merkmale, die in der Literatur für den Mechanismus der Verleugnung angegeben sind (SALOMON, SCHÄFER), können nicht hinzugezogen werden, weil sie teilweise den Merkmalen für die Verdrängung entgegengesetzt sind, teilweise auch den Verdrängungsmerkmalen entsprechen, so daß von daher keine saubere Unterscheidung getroffen werden kann. Die Annahme, daß das Negieren der Farben im Rorschach-Versuch mit dem Mechanismus der Verleugnung in Zusammen-

hang stehen könnte, wird außerdem noch durch die Verhaltensbeobachtungen magersüchtiger Mädchen bestärkt; und zwar zeigen diejenigen Patientinnen ein extrem abwehrendes und verleugnendes Verhalten, die keine oder nur geringe Farbreaktionen haben, während die anderen relativ ansprechbar und einsichtsvoll sind.

Diejenigen magersüchtigen Mädchen, die erhöhte Farbwerte im Rorschach-Verfahren zeigen, ähneln denen, die CLAUSER (1964) als jugenhaft-extravertiert bezeichnet und deren Aggressivität teilweise nach außen abgeführt wird. Die aggressiven Tendenzen lassen sich jedenfalls anhand der Tests nachweisen. Das extreme Eingehen auf Farben kann aber auch ein übertriebener Anpassungsversuch an die Umweltreize sein, der - wie alle überschießenden Reaktionen - mißlingen und das Gegenteil bewirken muß; vielleicht sollte es als ein verzweifelter Bemühen aufgefaßt werden, den Kontakt zu den Menschen aufrecht zu erhalten und sich in der Außenwelt zu behaupten als Gegengewicht zu den untergründigen depressiven Komponenten und dem regressiven Zug auf frühkindliche Positionen. Diese letzten Vermutungen stützen sich auf den Eindruck, den diese Patientinnen machen; sie wirken nämlich im Gegensatz zu den Magersüchtigen mit den extrem niedrigen Farbwerten sehr neurotisch und lassen Ängste und depressive Verstimmungen erkennen, sobald man in der Behandlung die hysterische Fassade angehen kann. Man könnte die Hypothese aufstellen, daß die Ängste und Verstimmungen der Patientinnen mit hohen Farbwerten viel bewußtseinsnäher sind als diejenigen der anorektischen Mädchen mit den extrem niedrigen Farbwerten, weil letztere die Verdrängungen so intensiviert und durch Verleugnungen darüberhinaus gesichert haben, daß sie kaum noch bewußt werden können. Das würde bedeuten, daß die Patientinnen mit den extrem hohen Farbwerten noch mehr gesunde Reaktionsmöglichkeiten haben und somit "psychisch gesünder" sind als diejenigen mit den mangelnden Farbantworten, die ihre Abwehr nicht nur gegen die inneren Erlebnisse, sondern auch gegen äußere Reize richten und somit auf einer tieferen Integrationsstufe angelangt sind. NUNBERG führt aus, daß im Anfang der Entwicklung "die Beziehungen

zur Außenwelt durch die Destruktionstriebse reguliert werden, und zwar so, daß diese immer bestrebt sind, alle Reize vom Ich fernzuhalten" (NUNBERG 1959², S. 110). Die Realitätsverleugnung entspricht danach einer sehr frühen Entwicklungsstufe, wie ja auch Melanie KLEIN und andere Autoren behaupten. Melanie KLEIN (1962) geht dabei soweit, die Verleugnung in ihrer extremsten Form der Vernichtung des versagenden Objektes gleichzusetzen; und zwar ein Verleugnen/Vernichten der Mutter anzunehmen bei gleichzeitigem Einbilden einer Autonomie, um nicht depressiv werden zu müssen.

Um diese Hypothese zu verifizieren, daß das extreme Reagieren auf Farben ein letzter verzweifelter Anpassungsversuch ist und somit für noch relativ gesunde Reaktionsmöglichkeiten spricht, während das Vermeiden der Farbqualität auf einen extremen emotionalen Rückzug mit entsprechend tiefer Regression hinweist, wurden noch die Hell-Dunkel-Deutungen untersucht. Wir folgten in unseren Überlegungen den Ausführungen von SALOMON (1962), der diese Antworten in tiefenpsychologischer Sicht interpretiert. Während nach BINDER (1959) die Hd-Deutungen mit Stimmungen und Gefühlen dysphorischer Art zu tun haben, versucht SALOMON, eine psychologisch-genetische Ableitung zu geben und geht von den allgemeinen Hell-Dunkel-Eindrücken aus, die vermutlich die ersten Wahrnehmungen des Säuglings sind. "Der allgemeine Eindruck von Licht und Helligkeit wird frühzeitig ein Indiz für die Anwesenheit des affektiv und materiell nähernden Liebesobjektes, somit der ersten Objektbeziehung. Das heranreifende psychologische Ich assoziiert jetzt Dunkelheit mit Bedürfnisspannung, Angst und traumatischer Situation" (SALOMON 1962, S. 50). SALOMON führt dann weiter aus, daß das Eingehen der Hell-Dunkel-Qualitäten in den Deutungsprozeß darauf hinweist, daß im Unbewußten Affekterinnerungen wieder rege zu werden drohen und zum Bewußtsein vorzudringen versuchen. "Die Wahrnehmung des Hell-Dunkel-Charakters einer Testtafel erweckt erneut die Versagungen und seelischen Konflikte der ersten Kindheit, wo diese, obwohl verdrängt, den Nährboden für die spätere depressive Erkrankung vorbereiten. All die psychischen

Mechanismen und Reaktionen, die damals herrschten und zur Bewältigung der psychischen Leiden aufgeboten waren, drohen erneut in Funktion zu treten, vor allem das Angstempfinden als Warnungssignal" (S. 53). "Sind bei guten und normalen Objektbeziehungen die Hell-Dunkel-Deutungen überflüssig, so verschwinden sie auch wieder am anderen Ende der depressiven Skala, bei der schweren Melancholie. Durch die Tiefe der bei ihr anzutreffenden narzißtischen Regression werden ja alle Objektbeziehungen durch solche innerhalb der Person ersetzt" (SALOMON 1962, S. 51).

Unsere Überlegungen gingen nun dahin, daß die Patientinnen mit den höheren Farbwerten auch mehr Hell-Dunkel-Antworten geben mußten als diejenigen mit den niedrigen Farbwerten, einmal als Ausdruck einer allgemein größeren Erlebnisbreite und der Fähigkeit zu nuancierten Gefühlsreaktionen, zum anderen als Hinweis auf relativ bewußtseinsnahe Ängste und Konflikte, die neurotisches Verhalten erkennen lassen. Die Hell-Dunkel-Deutungen werden entsprechend SALOMONS (1962) Ausführungen als weitere Gradmesser der neurotischen Reaktionen angesehen aufgrund der Überlegung, daß viele Hell-Dunkel-Deutungen mehr für neurotische Mechanismen sprechen, während deren völliges Fehlen auf stärkeres Wirksamwerden von Abwehrformationen hinweist und mehr in die Richtung von Melancholie oder anderen psychosenahen Zuständen tendiert, wenn von normalen Probanden einmal abgesehen wird.

Entsprechend den Farb-Antworten wurden die FHd-Antworten mit einem halben Punkt, die HdF-Deutungen mit einem Punkt und reine Hd mit 1 1/2 Punkten bewertet. Die im weiteren häufig gebrauchte Bezeichnung Hd-Belastung meint die gewogene Punktzahl sämtlicher Hell-Dunkel-Antworten. Wir haben in unseren Tabellen (IX. und X) die Patientinnen und Kontrollpersonen entsprechend ihrem Farbwert im Erlebnistyp aufgeführt und so in eine Rangreihe gebracht, daß die jeweils zuerst genannte Probandin den höchsten Farbwert im Erlebnistyp hat und die zuletzt aufgeführte den niedrigsten. Daran anschließend sind für jede Patientin und für jede Kontrollperson die Zahl der Hd- und HdF-Deutungen und die Hd-Belastung aufgeführt worden.

Es erweist sich dabei, daß die Hd-Belastung im ganzen genommen bei der Kontrollgruppe (97,5 Punkte) größer ist, sich aber nicht wesentlich von der Magersüchtsgruppe (86 Punkte) unterscheidet. Dagegen wird anhand der Tabellen IX und X sehr deutlich, daß sich sowohl die Hd- und HdF-Antworten bei den Patientinnen mit den hohen Farbwerten häufen als auch die Hd-Belastung hier bedeutend größer ist als am unteren Ende der Skala, während das in dem Maße bei den Kontrollpersonen nicht beobachtet werden kann. Die Patientinnen und Kontrollpersonen, die in der oberen Hälfte der Skalen aufgeführt sind aufgrund höherer Farbwerte im Rorschach-Test, gleichen sich in bezug auf die Anzahl der Hd-, HdF-Deutungen und die Hd-Belastung. Die anorektischen Mädchen dieser Gruppe haben zusammen 42 Hd- und HdF-Antworten gegeben, die im Vergleich zu den 45 Hd- und HdF-Antworten, die bei der Kontrollgruppe registriert werden konnten, keine unterschiedlichen Varianzen erkennen lassen. Bei der Hd-Belastung ergibt sich das gleiche; die Magersüchtigen nähern sich mit 66 Punkten fast völlig den Werten der Kontrollpersonen, die 67 Punkte aufzuweisen haben.

Auffällige Abweichungen deuten sich dagegen in der unteren Hälfte der Skala, also bei den Patientinnen mit den niedrigeren Farbwerten, an. Die Magersüchtigen dieser Gruppe geben mit 8 HdF-Antworten im Gegensatz zu den 18 HdF-Deutungen der normalen Mädchen sichtlich weniger Antworten dieser Kategorie und zeigen im Hinblick auf die Hd-Belastung mit 19 gewogenen Punkten im Vergleich zu 32,5 Punkten der Kontrollpersonen ebenfalls deutliche Unterschiede auf in Richtung eines Negierens von Hell-Dunkel-Qualitäten. Unsere Hypothese, daß die Patientinnen mit den hohen Farbwerten neurotischer reagieren und bei ihnen diffuse Ängste und Verstimmungen leicht durchzubrechen drohen, die Patientinnen mit den niedrigeren Farbwerten gegen Ängste und Verstimmungen gesicherter, aber dafür mehr somatisiert sind, wird u.E. durch diese testpsychologischen Ergebnisse weiter bestärkt. Vermutlich setzen die Magersüchtigen der letzten Gruppe stärker regressive Abwehrmechanismen (MOSER 1963) ein, um die infolge der zunehmenden Regression wachsenden depressiven Komponenten zu unterdrücken und der tiefen und

schon durch kleinste Stimuli aufkommenden Beunruhigungen Herr zu werden. Das würde nach SALOMON u.a. auf starke Fixierungen gerade in der ersten Säuglingszeit hinweisen und der allgemein vertretenen Meinung, daß bei Magersüchtigen Störungen in der oralen Phase stattgefunden haben, entsprechen.

Eine weitere Bestätigung der zuletzt erwähnten Annahme, daß sich die Abwehr im Laufe der Krankheit verstärkt und die depressiven Komponenten infolge immer stärkerer regressiver Tendenzen zunehmen, gibt uns der Re-Test einer sich in einer erfolgreichen Behandlung befindlichen Patientin (Ingrid J.). In diesem Rorschach-Protokoll fällt im Vergleich zum ersten Testprotokoll eine Zunahme der Farbantworten und der Hd-Belastung, vor allem der Hd- und HdF-Antworten, auf. Die inhaltlichen Verfahren (Object-Relation-Technique, Lennep) bestätigen dann im vollen Umfang stärkere Angstentwicklung und depressive Gedanken.

Zusammenfassend kann man sagen, daß wir diese im Test und im Verhalten registrierten verschiedenen Reaktionsweisen auf Außenreize mit der Schwere der psychischen Störung in Verbindung bringen und glauben, daß die Patientinnen mit den erhöhten Farbreaktionen und dem freundlich zugewandten Verhalten sehr neurotisch reagieren und diffuse Ängste überspielen, die jederzeit aktiviert werden können, während diejenigen mit den niedrigen Farbwerten und dem mehr trotzig-depressiven oder sogar gleichgültigen Verhalten stärker regrediert sind und mit den auf dieser Stufe üblichen Mechanismen, vor allem der Verleugnung, zusätzlich operieren. CLAUSER (1964) hat unsere Beobachtungen ebenfalls gemacht und spricht von dem jungenhaft-extravertierten Verhalten mit dem vorherrschenden Abwehrmechanismus der Verdrängung und dem infantil-introvertierten Verhalten, bei dem der Mechanismus der Verleugnung dominiert. Er sieht darin aber keinen Krankheitsverlauf, sondern zwei verschiedene Abwehrrollen, die wir in Frage stellen möchten, da beim Re-Test meistens eine Extraversion zu registrieren ist. Reine introversive Zeichen im Rorschach-Test lassen sich bei unseren 32 Tests nur in 3 Fällen feststellen. Die anderen, die

CLAUSER vermutlich auch zu den infantil-introversiven Patientinnen rechnen würde, zeigen nur eine extreme Abwehr der inneren und äußeren Reize. Da unsere älteren Patientinnen mit längerer Krankheitsdauer im Durchschnitt mehr zu dem verdrängenden und verleugnenden Verhalten tendieren als die jüngeren, was allerdings statistisch nicht gesichert werden konnte, glauben wir eher an einen Verlauf in Richtung zunehmender Ich- und Triebregression mit den auf jeder Stufe neu einsetzenden zusätzlichen Abwehrformen. Diese Vermutung soll jedoch nicht gleichzeitig besagen, daß die Schwere der von uns anhand der Testmerkmale eruierten psychischen Störungen mit der Schwere des klinischen Zustandsbildes einhergeht. "Die Gewichtsabnahme geht der Schwere der Symptomatik und der Kompliziertheit der Pathogenese keineswegs immer parallel" (BAHNER 1954, S. 1140). Im Gegenteil können gerade die Farbwerterhöher im Rorschach-Test schnell in kachektische Zustände geraten, während die extrem abwehrenden Kranken mit der längeren Krankheitsdauer eher einen avitalen Eindruck machen und eine chronisch-schleichende Abmagerung erkennen lassen oder in einem reduzierten Zustand ihr Gewicht einigermaßen halten. Letzteres scheint mehr für eine Somatisierung des psychischen Geschehens zu sprechen als die oft alarmierenden kachektischen Zustände, die bei den Farbwerterhöhern schon nach relativ kurzer Krankheitszeit auftreten und auch relativ schnell in der Behandlung wieder rückgängig gemacht werden können. Somit sind die extremen Verläufe vermutlich eher Anzeichen für einen neurotischen Suicidversuch als für ein eingefahrenes psychosomatisches Geschehen, das in erster Linie für die Patientinnen mit der längeren Krankheitsdauer charakteristisch sein mag.

Um die letzte Hypothese noch weiter zu unterbauen, haben wir jeweils das niedrigste Gewicht, das jede Patientin im Laufe der Erkrankung einmal erreicht hat, in Tabelle IX mit aufgeführt. Wie daraus zu ersehen ist, zeigen sich die niedrigsten Gewichte von 30 kg abwärts hauptsächlich bei Patientinnen mit hohen Farbwerten im Rorschach-Versuch, während die stärker verdrängenden und zusätzlich mit starken Verleugnungen operierenden Patientinnen niemals bis auf 30 kg und darunter abgenommen haben.

Tabelle IX. Korrelative Beziehungen zwischen Erlebnistyp, Hell-Dunkel-Belastung und Gewichtsabnahme bei den mager-süchtigen Patientinnen.

Name	ET	Hd	HdF	Hd-Belastung	niedrigstes Gewicht
Dietlinde F.	2:12	1	3	8	<u>30 kg</u>
Veronika F.	7:11	7	5	14,5	<u>29 kg</u>
Kathrin F.	0:9,5	1	2	4,5	48 kg inzwischen rapid gesunken
Petra A.	0:9	1	-	3	<u>26 kg</u>
Ute C.	1:7,5	1	1	3	<u>30 kg</u>
Brigitte H.	0:7	1	-	2,5	<u>30 kg</u>
Eva Q.	3:6	1	2	6,5	38 kg
Marianne R.	1:6	-	1	1	40 kg
Ingrid H.	2:5,5	-	1	1,5	42 kg
Gudrun T.	3:5,5	-	2	3,5	36 kg
Irmtraud Q.	2:5	-	1	1	33 kg
Sigrid H.	3:4,5	1	-	1,5	34 kg
Sabine J.	1:4,5	-	2	5	<u>30 kg</u>
Lisa O.	7:3,5	-	-	0,5	38 kg
Dagmar J.	0:3	-	4	4	34 kg
Irene G.	2:2,5	2	2	6	<u>30 kg</u>
Rita Q.	1:2,5	-	-	-	38 kg
Felicitas F.	0:2,5	-	-	1	<u>29 kg</u>
Ilse L.	0:2,5	-	-	-	45 kg
Helga Q.	0:2,5	-	-	2	33 kg
Erna M.	0:2,5	-	-	0,5	38 kg
Erika J.	1:2	-	2	2,5	37 kg
Elke J.	0:1,5	-	4	7	42 kg
Hildegard Q.	0:1,5	-	-	1	40 kg
Susanne F.	0:1	-	-	0,5	37 kg
Friederike F.	2:1	-	-	1	40 kg
Cornelia H.	2:0,5	-	-	-	37 kg
Birgit A.	2:0,5	-	-	0,5	35 kg
Beate W.	1:0,5	-	-	2	40 kg
Elisabeth U.	0:0,5	-	-	-	40 kg
Reinhilde C.	6:0	-	2	2	33 kg
Heide G.	0:0	-	-	-	34 kg
		16	34	86	

Tabelle X. Korrelative Beziehungen zwischen Erlebnistyp und Hell-Dunkel-Belastung bei den Kontrollpersonen.

Name	ET	Hd	HdF	Hd-Belastung		
Inge K.	2:8,5	-	4	45	6	67
Edelgard J.	0:7,5	-	4		6,5	
Renate V.	1:7,5	1	2		4,5	
Uta L.	4:7	-	1		3	
Doris X.	2:6	-	-		0,5	
Maria G.	2:6	-	6		6,5	
Christa M.	2:5,5	1	2		4,5	
Doris E.	6:5	1	4		7	
Christa B.	4:4,5	2	3		8	
Sigrun Z.	2:4,5	-	2		2,5	
Heidrun H.	2:4	1	-		1,5	
Rosemarie H.	1:4	1	3		4,5	
Anneliese S.	2:4	-	4		6	
Regine F.	5:4	1	-		1,5	
Bärbel M.	4:3,5	-	2		2,5	
Traute O.	4:3,5	-	-		2	
Anna Sch.	3:3,5	-	1	18	2	32,5
Uta Sch.	3:3,5	-	-		-	
Hanna Q.	1:3	-	2		2,5	
Karin D.	2:3	-	-		-	
Marlies E.	3:3	-	-		1	
Ursula P.	2:3	-	2		2,5	
Herta K.	2:3	-	1		1,5	
Gisela B.	2:2,5	-	-		1,5	
Margareta G.	2:2,5	-	1		2,5	
Eva C.	3:2	-	1		2	
Erika Sch.	4:2	-	2		2,5	
Miriam B.	3:1,5	-	2		2,5	
Bärbel O.	4:1,5	-	-		1,5	
Anita S.	3:1,5	-	3		6,5	
Gera M.	0:1	-	2		2	
Gabriele W.	2:1	-	1		1	
				8	55	97,5

3. Erwartungen und Ergebnisse anhand des Farbpyramidentests

a. Erwartungen beim Farbpyramidentest.

Abschließend wollen wir unsere Untersuchungen mit dem Farbpyramidentest darlegen und aufzeigen, was der FPT in Hinsicht auf unsere Fragestellung beitragen kann. Unsere Haupthypothese ist, daß die magersüchtigen Patientinnen die in der Pubertät und Nachpubertät mobilisierten triebhaften Vorgänge stärker verdrängen als die "normalen" Mädchen dieses Alters und sich dieses Faktum mit Hilfe von Tests nachweisen lassen müßte. Ob man diesen Mechanismus der Verdrängung jedoch anhand des FPT diagnostizieren kann, erscheint sehr fraglich. Beim heutigen Stand der Forschung ist der FPT in der Lage, "ausreichend gesicherte Informationen über emotionale Stabilität, Reife, bestimmte Weisen der Erlebnisverarbeitung, über Anpassungsfähigkeit, Störungen des psychischen Gleichgewichts, autistische Tendenzen, Extraversion-Introversion und Leistungsbereitschaft zu geben" (HOUBEN 1964, S. 762). Er erfaßt somit nur Merkmale, die in bezug auf unsere Fragestellung ziemlich allgemein auf Regulation und Abwehr hindeuten, ohne die analytische Denkungsweise mit einzubeziehen.

Die Farben, die anhand der Literatur eine Regulationsfunktion ausüben und zwar im Sinne einer Wendung zur inneren Erlebniswelt, sind Blau, Schwarz und Grau.

BLAU wird als "Farbe einer guten reizadäquaten und reizregulierenden Verarbeitung" (HEISS 1951, S. 91) gekennzeichnet, die "einen mehr nach innen gewandten und introvertierten Charakter hat". Kasuistisch wurden "erhöhte Werte von BLAU bei Personen gefunden, die ausgesprochene Affektverdränger sind und Zeichen der Überregulation bis zur neurotischen Einengung zeigen" (HEISS 1958, zitiert nach HOUBEN 1963, S. 78).

Die Farbe SCHWARZ spricht nach HEISS (1951, S. 131) ebenfalls für eine regulierende Funktion im Sinne der Dämpfung. "Kasuistische Erfahrungen haben Anlaß gegeben, diese allgemeine Deuterelation dahingehend zu spezifizieren, daß in dieser Farbe Abwehrfunktionen im tiefenpsychologischen Sinn zum Ausdruck kommen, solche also, die sich primär auf innerseelische Gegebenheiten richten" (HEISS 1958, zitiert nach HOUBEN 1963, S. 79).

Die Farbe GRAU steht nach HEISS (1951) auch für eine regulativ-dämpfende Funktion und wird als die der Verdrängung angegeben (HEISS 1958). Wie auch bei den Farben BLAU und SCHWARZ ist es jedoch zweifelhaft, ob hiermit Verdrängung im analytischen Sinne gemeint ist. Da im Grunde mehr auf vorsichtige Zurückhaltung, Ausweichen und Sich-Nicht-Entscheiden (HOUBEN 1963) abgehoben wird, scheint GRAU eine bewußtseinsnähere Funktion zu repräsentieren und nicht mit dem unbewußten Vorgang der Verdrängung im psychoanalytischen Sinne völlig identisch zu sein.

Es lassen sich darum wohl kaum Verdrängungspunkte in dem Sinne, wie wir es beim Rorschach-Test gemacht haben, aufstellen. Trotzdem haben wir überprüft, ob die Farbkombination BLAU-SCHWARZ-GRAU, die als Dämpfungssyndrom bezeichnet wird, bei den magersüchtigen Mädchen im Vergleich zu der Kontrollgruppe erhöht ist als Ausdruck einer stärkeren Ausprägung der Abwehrfunktionen im allgemeinen.

Wir haben den FPT dann weiterhin eingesetzt, um das Resultat der Extremreaktionen bei den Farbantworten im Rorschach-Test zu kontrollieren. Die Farben, die nach Literaturhinweisen am ehesten die Funktionen erfassen könnten, die sich anhand der Farbantworten im Rorschach-Versuch zeigen, sind die Farben der Extraversion ROT, ORANGE und GELB. Der Deutergehalt dieser Farben wurde aufgrund von Gruppenuntersuchungen mit stimulierenden Pharmaka festgestellt. HEISS und HILTMANN (1951) setzten eine Reihe von Versuchspersonen unter die Einwirkung stimulierender Mittel, während andere Probanden nur Scheintabletten bekamen. Die Probanden der Untersuchungsgruppe bevorzugten nach Einnahme des Mittels die Farben ROT, ORANGE und GELB im Gegensatz zu den Wahlen vor der Einnahme des Präparates und denjenigen der Kontrollpersonen. Die Autoren schlossen aus diesen Resultaten und weiteren Versuchen, daß die Berechnung des Syndroms ROT, ORANGE und GELB "einen Hinweis auf die augenblickliche Stimulation und die Stimulationsfähigkeit der Persönlich-

keit ergibt. Als Hauptmerkmal erscheint die angeregte und gehobene Stimmung, die die Person heiterer, aufgeschlossener, wacher und kontaktfähiger macht" (HEISS und HILTMANN 1951, S. 86). Wenn wir das Augenmerk auf den Terminus "augenblickliche" Stimulation und Stimulationsfähigkeit richten, mag es auch bei dieser Merkmalskombination fraglich sein, ob sie genau das erfaßt, was sich in den Farbreaktionen des Rorschach-Tests ausdrückt. Wir erwarteten aber trotzdem gerade bei diesem Syndrom einen Unterschied zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe, und zwar vor allen in Hinsicht auf Extremreaktionen im Sinne extrem erhöhter oder sehr erniedrigter emotionaler Ansprechbarkeit.

Anschließend an diese Untersuchungen haben wir alle 10 Farben (ROT, ORANGE, GELB, GRÜN, BLAU, VIOLETT, BRAUN, GRAU, WEISS, SCHWARZ) einzeln einer Prüfung unterzogen, ob sich signifikante Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe ergeben; dabei erwarteten wir evtl. Erhöhungen bei den einzelnen Farben des Dämpfungs- oder Stimulationssyndroms.

Beim Farbpyramidentest müssen im ganzen 3 schöne und 3 häßliche Pyramiden gelegt werden. Die häßlichen Pyramiden sind mit der begründeten Hypothese, daß sich in ihnen "eine zweite projektive Variante der Persönlichkeit" (HEISS, HILTMANN und KARL 1955) ausprägt, in den Test aufgenommen worden. Diese Hypothese hat sich durch die Untersuchungen von HOUBEN weiter bestätigt, obgleich auf die Frage, welcher Persönlichkeitsbereich von den häßlichen Pyramiden im Gegensatz zu den schönen erfaßt wird, noch keine endgültige Antwort gegeben werden kann (HOUBEN 1963). Wir erwarteten nun aufgrund dieser Hinweise nicht nur bei den schönen, sondern auch bei den häßlichen Pyramiden signifikante Ergebnisse und haben im folgenden die Befunde für beide Serien einzeln aufgeführt.

b. Befunde und statistische Berechnungen

Zuerst bringen wir die Befunde und Auswertungen der untersuchten Syndrome. Es wurde jeweils die Summe der gewählten Farben berücksichtigt und der Prozentwert außer acht gelassen.

1. Befunde bei den schönen Pyramiden.

a. Magersuchtsgruppe:	Median	Q1	Q3
a. Dämpfungssyndrom	12	9	14
b. Stimulationssyndrom	15	13	22

b. Kontrollgruppe:			
a. Dämpfungssyndrom	12	10	16
b. Stimulationssyndrom	17	14	19

Auswertung:

Während beim Dämpfungssyndrom keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen der Magersuchts- und der Kontrollgruppe zu eruieren sind, werden unsere Erwartungen hinsichtlich des Stimulationssyndroms bestätigt. Nach dem Verfahren von SIEGEL und TUCKEY (1960) ergeben sich beim Stimulationssyndrom der schönen Pyramiden folgende Werte:

$$\begin{aligned}
 R_{MA} &= 874 & n_1 &= 32 \\
 S_1 &= 86170 & n_2 &= 32 \\
 S_2 &= 85651,83 \\
 z &= 2,26 \quad \text{signifikant}
 \end{aligned}$$

Mit diesem Resultat ist statistisch bewiesen, daß das Stimulationssyndrom der Magersüchtigen in den schönen Pyramiden erwartungsgemäß Extremreaktionen zeigt, also entweder extrem erhöhte oder sehr erniedrigte Werte im Gegensatz zu den mehr im Mittelbereich liegenden Kontrollpersonen. Das würde den Farbantworten im Rorschach-Test entsprechen und die Hypothese bestärken, daß die Magersüchtigen zu extremen Reaktionen neigen bzw. eine schon auf neurotischer Basis entstandene übermäßige emotionale Ansprechbarkeit zeigen, die sie u.U. sehr rigoros unterdrücken können.

Um zu erfahren, ob die Farbantworten im Rorschach-Test mit dem Stimulationssyndrom korrelieren, wurde die Rang-Korrelation (HOFSTÄTTER 1953, S. 103) angewandt. Dabei ergab sich mit $Rho = -0,19$ jedoch ein negatives Ergebnis.

Letzteres bestätigt die schon oben angedeutete Vermutung, daß die Farben im Rorschach-Test und das Stimulationssyndrom im Farbpyramidentest verschiedene Seiten der Affektivität anzusprechen scheinen, jedenfalls nicht genau dasselbe erfassen.

2. Befunde bei den häßlichen Pyramiden

a. Magersuchtsgruppe:	Median	Q1	Q3
a. Dämpfungssyndrom	9	7	12
b. Stimulationssyndrom	15	12	20
b. Kontrollgruppe:			
a. Dämpfungssyndrom	11	7	13
b. Stimulationssyndrom	13	9	16

Auswertung:

Auch in den häßlichen Pyramiden ergeben sich beim Dämpfungssyndrom keine statistisch gesicherten Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Daß Stimulationssyndrom der Magersüchtigen zeigt dagegen eine allgemeine Erhöhung im Vergleich zur Kontrollgruppe. Letzteres läßt sich mit Hilfe der t-Testanalyse (MITTENECKER 1963⁴, S. 58) statistisch nachweisen. Mit $\Sigma_{Diff.} = 1,417$; $t = 2,11$ ergibt sich ein signifikantes Resultat. Es wird hauptsächlich durch ORANGE bedingt, das bei den Anorexie-Patientinnen erhöht ist; Letzteres kann jedoch statistisch nicht gesichert werden.

Anschließend daran haben wir mit der Rangkorrelation untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Stimulationssyndrom der häßlichen Pyramiden und den Farbwerten im Rorschach-Test besteht. Dabei ergibt sich ein Wert von nahezu NULL, womit bewiesen ist, daß auch hier keine Korrelationen vorhanden sind.

Bevor wir diese Resultate weiter interpretieren, sollen zuerst die Befunde für die einzelnen Farben dargelegt werden.

1. Befunde bei den schönen Pyramiden

a. Magersuchtsgruppe	Median	Q1	Q3
rot	8	6	10
orange	3	1	5
gelb	5	3	7
grün	8	5	12
blau	9	6	13
violett	3	2	6
braun	1	0	4
weiß	0	0	1
grau	0	0	1
schwarz	1	0	3

b. Kontrollgruppe

rot	9	7	11
orange	3	1	5
gelb	5	3	7
grün	10	7	13
blau	9	6	14
violett	2	0	4
braun	2	0	3
weiß	0	0	1
grau	0	0	1
schwarz	2	0	5

2. Befunde bei den häßlichen Pyramiden

a. Magersuchtsgruppe	Median	Q1	Q3
rot	9	6	11
orange	4	1	6
gelb	3	1	5
grün	9	6	11
blau	6	3	9
violett	7	5	10
braun	3	2	6
weiß	0	0	1
grau	0	0	1
schwarz	2	1	3

b. Kontrollgruppe

rot	7	4	10
orange	3	1	5
gelb	2	1	4
grün	9	7	11
blau	6	2	8
violett	6	4	8
braun	4	2	7
weiß	1	0	3
grau	1	0	3
schwarz	3	1	5

Auswertung:

Die Einzelfarben zeigen mit Ausnahme von BRAUN keine statistisch gesicherten Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe; und auch innerhalb der bei den anderen Tests aufgeführten Magersuchtsgruppen lassen sich keine Differenzen nachweisen.

Die Farbe BRAUN zeigt in den schönen Pyramiden keine Unterschiede zwischen den Magersüchtigen und den Kontrollpersonen und läßt auch keine Extremreaktionen entsprechend dem Stimulationssyndrom erkennen. In den häßlichen Pyramiden haben die anorektischen Mädchen dagegen signifikant niedrigere Werte, was sich mit Hilfe des Wilcoxon-White-Tests statistisch sichern läßt.

Die Prüfung mit dem White-Test ergibt:

T_{pop}	=	874	T_{MA}	=	1197
Corr.	=	905	Sigma_T	=	72,6
z	=	2,17	P	=	0,05 signifikant

Zusammenfassung:

Anhand des Farbpyramidentests ließen sich zwischen der Magersuchts- und Kontrollgruppe Unterschiede feststellen, und zwar erwartungsgemäß bei dem Stimulationssyndrom. In den schönen Pyramiden zeigen die anorektischen Mädchen entweder extrem erhöhte oder sehr erniedrigte Werte, in den häßlichen Pyramiden ein signifikant erhöhtes Stimulationssyndrom. Diese Werte korrelieren jedoch nicht mit den Farbwerten im Rorschach-Versuch. Bei den einzelnen Farben zeigten sich mit Ausnahme von BRAUN keine Differenzen zwischen den Gruppen; und auch innerhalb der Magersuchtsgruppen ließen sich keine Unterschiede eruieren. Die Werte für Braun sind in den schönen Pyramiden unauffällig; in den häßlichen Pyramiden zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen der Magersuchts- und Kontrollgruppe und zwar in der Richtung, daß die anorektischen Mädchen signifikant weniger BRAUN wählen.

c. Interpretation der Ergebnisse anhand des Farbpyramidentests

Die Ergebnisse beim Farbpyramidentest lassen erkennen, daß unsere Vermutungen hinsichtlich des Dämpfungs- und Stimulationssyndroms teilweise bestätigt wurden.

Die negativen Resultate beim Dämpfungssyndrom weisen daraufhin, daß mit dieser Farbkombination andere, vermutlich be-

wußtseinsnähere Abwehrformen erfaßt werden, die nicht mit dem Verdrängungsmechanismus im psychoanalytischen Sinne übereinstimmen.

Die positiven Ergebnisse beim Stimulationssyndrom der schönen Pyramiden entsprechen dagegen unseren Erwartungen hinsichtlich der Extremreaktionen in beide Richtungen. Eine Gruppe von Magersüchtigen ist danach sehr stimulierbar, während eine andere Gruppe nur geringe Möglichkeiten in dieser Richtung hat. Beziehen wir auch die generell erhöhten Werte des Stimulationssyndroms der häßlichen Pyramiden in unsere Betrachtungen mit ein, so zeigt sich recht deutlich, daß die magersüchtigen Mädchen im Vergleich zu den Kontrollpersonen im allgemeinen emotional ansprechbarer und abhängiger von Außenreizen zu sein scheinen, obgleich es eine Gruppe von Patienten gibt, die in ihrem affektiven Reagieren vordergründig stark gehemmt oder eingeeignet ist.

Die bisherigen Ausführungen würden somit im großen und ganzen dem entsprechen, was wir auch aufgrund der Farbreaktionen im Rorschach-Test eruiert haben. Weitgehend unverständlich bleibt daher die mangelnde Korrelation zwischen den Stimulationssyndromen und den Farbwerten im Rorschach-Verfahren. HEISS und HILTMANN (1951) sprechen bei einem erhöhten oder erniedrigten Stimulationssyndrom von einer besonderen Bereitwilligkeit oder Unwilligkeit der Person zur Stimulation. Damit scheinen diese Autoren auch beim Stimulationssyndrom an bewußtseinsnahe Komponenten zu denken, die durch diese Farbkombination mit erfaßt werden, in den Farbantworten des Rorschach-Versuchs dagegen weniger zum Ausdruck kommen. Letzteres mag teilweise die Tatsache erklären, warum sich keine Korrelationen ergeben und auch keine Tendenzen in dieser Richtung zu verzeichnen sind.

Jedenfalls scheinen das Stimulationssyndrom und die Farbantworten im Rorschach-Versuch recht verschiedene Funktionen wiederzugeben und weit geringere Übereinstimmungen zu zeigen, als wir zuerst angenommen haben. Letzteres können wir in diesem Rahmen nicht eingehender diskutieren;

es soll aber in einer späteren Untersuchung noch weiter abgeklärt werden.

Das statistisch signifikante Ergebnis hinsichtlich der niedrigen Wahlen von BRAUN in den häßlichen Pyramiden widerspricht ebenfalls unseren Erwartungen. Die Farbe BRAUN repräsentiert vitale Möglichkeiten, Belastbarkeit, Durchsetzungsfähigkeit und -kraft, die man eher in erhöhter Ausprägung bei den magersüchtigen Patientinnen erwartet hätte. Man könnte jedoch diesen Befund vorsichtig dahingehend interpretieren, daß die anorektischen Patientinnen u.U. ihre ganze Energie vordergründig für ein bestimmtes Ziel einsetzen und weniger Reserven haben, als man nach dem Verhalten und den sonstigen Testbefunden erwarten könnte. Dieses Ergebnis würde auch mit der Beobachtung übereinstimmen, daß sich viele Magersüchtige körperlich völlig verausgaben und in extremen Fällen dann vor Schwäche umfallen.

IX. Zusammenfassung und Interpretation der gesamten Ergebnisse unter Berücksichtigung tiefenpsychologischer Überlegungen

Zum Schluß möchten wir unsere Erwartungen und Ergebnisse anhand der Tests noch einmal kurz zusammenfassen. Wir gingen von der oben näher ausgeführten Hypothese aus, daß die magersüchtigen Patientinnen in einer extremen Weise ihr Erleben und damit ihre altersentsprechenden Konflikte verdrängen als Folge einer primären Abwehr der Feminität (CLAUSER) oder der weiblichen Rolle. Diesen Mechanismus der Verdrängung wollten wir anhand von 32 Testprotokollen anorektischer Mädchen mit 3 psychodiagnostischen Verfahren (HAWIE, Rorschach-Test, FPT) nachweisen und zugleich eine zweite Hypothese prüfen und zwar, daß mit steigendem Alter und längerer Krankheitsdauer die Verdrängung zunimmt und von Abwehren jüngerer Genese, z.B. der Verleugnung, überformt wird, während sich die damit einhergehende Trieb-Regression weiter vertieft.

1. Ergebnisse anhand des HAWIE-Tests

Die erste Auswertung des gesamten Materials ergab entsprechend den bisherigen Veröffentlichungen einen gut durchschnittlichen Intelligenz-Quotienten von 110 bei den magersüchtigen Patientinnen. Innerhalb der altersmäßig gestaffelten Magersuchtgruppen zeigten sich dagegen signifikante Differenzen der Intelligenzquotienten, und zwar in der Richtung, daß mit zunehmendem Alter der Intelligenz-Quotient abnimmt. Neurosenspezifische Merkmale waren nicht zu eruieren. Dagegen zeigten die 7 pubertierenden (13-15-jährigen) Kontrollpersonen eine neurotische Leistungsminderung, die sich darin äußert, daß bei ihnen die durchschnittliche Differenz zwischen Verbal- und Handlungsteil fast signifikant größer ist als bei den Magersüchtigen. Darüberhinaus haben sie häufigere und extremere Schwankungen vom Mittelwert als die Gruppe der magersüchtigen Patientinnen.

Unter Einbezug der Ausführungen von HARTMANN (1960), der Beziehungen zwischen Intelligenzfaktoren und Abwehrvorgän-

gen herausstellt, interpretierten wir diese Befunde in der Richtung, daß die intelligenteren Patientinnen früher und intensiver die in der Pubertätszeit aufkommenden sexuellen Regungen abzuwehren versuchen als die weniger begabten Kranken. Erstere scheinen ihren Intellekt zur Verstärkung der Abwehr, anstatt zur Bewältigung und Verarbeitung der inneren Schwierigkeiten einzusetzen und darum in ihrem intellektuellen Funktionieren ungestört zu sein, während die "gesunden" pubertierenden Mädchen so mit ihren Problemen beschäftigt sind, daß die intellektuelle Leistungsfähigkeit vorübergehend beeinträchtigt wird.

Je intelligenter die Patientinnen sind, desto eher und intensiver scheint nach unseren Befunden die Abwehr zu erfolgen. Daraus könnte man die Vermutung ableiten, daß bei den Begabteren der Krankheitsverlauf im allgemeinen dramatischer ist als bei den weniger intelligenten Patientinnen, und zwar sowohl in Hinsicht auf die psychischen Veränderungen als auch in bezug auf die körperlichen Symptome. Von daher würde sich als Ausblick ergeben, daß bei den intelligenteren Patientinnen im allgemeinen ein schneller Krankheitsverlauf mit baldiger physischer Gefährdung erwartet werden kann, während man bei den durchschnittlich begabten Kranken mit einer mehr schleichenden, sich über mehrere Jahre hinziehenden Symptomatik rechnen und sich darauf einstellen muß, daß diese Patientinnen ein weniger auffallendes, dafür aber mehr chronifiziertes, mit anderen Worten "psychosomatisches", Bild bieten.

2. Ergebnisse anhand des Rorschach-Tests

Entsprechend unserer Hypothese, daß die magersüchtigen Patientinnen ihr inneres Erleben verdrängen, primär als Negation der weiblichen Rolle und aller damit verbundenen Empfindungen und der in der Pubertät mobilisierten Gefühle, wurde ein Überwiegen von Merkmalen, die für die Verdrängung charakteristisch sind, erwartet. Es wurde ein Merkmalsverband aus 12 Einzelmerkmalen aufgestellt, die nach SALOMON (1962) und BRÜCKNER (1963) für das Wirksamwerden von Verdrängungen typisch sind. Dabei wurden nur formale Merkmale berücksichtigt, um möglichst wenig subjektive Beurteilungen

möglich zu machen. Alle Rorschach-Protokolle der magersüchtigen Mädchen und Kontrollpersonen wurden nun einer Prüfung unterzogen, ob und wieviele Verdrängungsmerkmale die einzelnen Patientinnen haben. Die statistischen Vergleiche mit der Kontrollgruppe ergaben dann, daß die Magersüchtigen signifikant mehr Verdrängungspunkte haben. Die zweite Hypothese, daß mit zunehmendem Alter und längerer Krankheitsdauer die Verdrängungspunkte zunehmen, konnte nicht statistisch gesichert werden, obgleich die Tendenz dazu vorhanden ist.

Statistische Vergleiche einzelner Merkmale ergaben ein signifikantes Resultat bei der Koartation der Bewegungsantworten, dem erhöhten F% und dem erhöhten F+%, und zwar in der Richtung, daß sich diese Merkmale bei den Magersüchtigen im einzelnen erhöht zeigen. Innerhalb der altersmäßig gestaffelten Magersuchtsgruppen ergaben sich signifikante Varianzen bei dem T%, der durchschnittlichen Deutezeit und der Anzahl der Inhaltskategorien. Die Befunde bei dem T% zeigen eine gegenläufige Tendenz, wenn man die Magersuchts- und Kontrollgruppen vergleicht. Bei den Magersüchtigen nimmt das T% mit dem Alter zu, während die Kontrollpersonen in der Pubertät und Adoleszenz mehr Tierantworten geben als die Anorexia-nervosa-Kranken, im Erwachsenenalter dagegen signifikant weniger häufig auf diese Kategorie zurückgreifen als die anorektischen Patientinnen. Die Zahl der Inhaltskategorien nimmt wie auch die durchschnittliche Deutezeit mit dem Alter zu, unterscheidet sich aber im Gegensatz zu dem letzteren Merkmal nicht wesentlich von der adäquaten Kontrollgruppe, so daß dieses Faktum allgemein zuzutreffen oder von intellektuellen Faktoren abhängig zu sein scheint, jedoch nicht spezifisch für Magersüchtige sein muß.

Wir interpretierten die Koartation der Bewegungsantworten, das erhöhte F% und das erhöhte F+% als Zeichen für depressive Verstimmungen, die von vielen Autoren (BAHNER 1954, JORES 1962, THOMÄ 1962 u.a.) beschrieben werden, am Verhalten der magersüchtigen Patientinnen jedoch häufig nicht abzulesen sind. Vor allem das T% und weniger eindeutig auch die durchschnittliche Deutezeit und die Anzahl der Inhaltskategorien, die mit steigendem Alter der Patientinnen im Sinne der Erwartung relevant zu- bzw. abnehmen, be-

stärken uns in der obengenannten Vermutung und darüber hinaus in der Annahme, daß bei einer längeren Krankheitsdauer die Regression in der allgemeinsten Form einer "Rückkehr von einer höheren zu einer niedrigeren Stufe der Entwicklung" (FREUD 1917, S. 364) gewöhnlich zunimmt und somit die Krankheit mit der Zeit in ein immer bedrohlicheres Stadium kommt.

Eine besondere Stellung nehmen die Farbantworten ein, die bei den anorektischen Mädchen signifikant entweder extrem erhöht oder extrem erniedrigt sind.

Die hohen Farbreaktionen widersprechen teilweise der Hypothese einer generell depressiven Struktur, auf deren Hintergrund sich die Magersucht entwickelt, obgleich die Patientinnen mit den extrem hohen Farbwerten eher von depressiven Verstimmungen überfallen werden als diejenigen mit den extrem niedrigen Farbwerten. Abgesehen von Verhaltensbeobachtungen magersüchtiger Mädchen stützt sich die letztere Behauptung auf die Tatsache, daß die Patientinnen mit den erhöhten Farbwerten auch gleichzeitig vermehrt Hd- und HdF-Deutungen geben. Man könnte denken, besonders unter Einbezug der mit den erhöhten Farbwerten einhergehenden erhöhten Hd- und HdF-Antworten, daß - wie schon ausgeführt - bei diesen Patientinnen die Verdrängungen noch nicht ausreichen, um die bedrohlichen Triebreize am Bewußtwerden zu hindern und noch verzweifelte Anpassungsversuche gemacht werden, um Angstdurchbrüche und Verstimmungen zu bannen. Alles das könnte darauf hinweisen, daß bei diesen Patientinnen die ödipale Problematik dominiert und die Triebreize als so bedrohlich erlebt werden, weil sie infolge nicht vollzogener Ablösung von den Eltern auf inzestuöse Objekte gerichtet sind. Eine weitere Regression, sowohl Ich- als auch Triebregression, scheint erst dann zu erfolgen, wenn die Anpassungsversuche endgültig scheitern. Es setzt dann eine Ichregression ein mit dem Wirksamwerden von Abwehrmechanismen einer früheren Entwicklungsstufe, die sich in einer Verleugnung oder Verneinung des Objektes äußern (MOSER 1964). Wie wir schon oben ausgeführt haben, sehen wir die Koartation der Farbantworten als Zeichen für das Dominieren von

Verleugnungen an. Die äußeren Gegebenheiten, die eine affektive Reaktion hervorrufen könnten, müssen verleugnet werden, weil die durch sie mobilisierten Gefühle infolge der mit der Ichregression einhergehenden "regressiven Wiederbelebung alter Triebpositionen" (MOSER 1964, S. 60) jetzt einen so infantilen Charakter haben, daß sie unerträglich sind. Die Ich- und Triebregrression kann soweit erfolgen, daß psychische Symptome auftreten, die schon in die Nähe psychotischer Veränderungen tendieren.

3. Ergebnisse anhand des Farbpyramidentests

Der Farbpyramidentest, den wir eingesetzt haben, um vor allem die Seite der Affektivität, aber auch die der Steuerung bzw. Hemmung dieser Faktoren noch weiter abzuklären, zeigte teils erwartete, teils überraschende Ergebnisse.

Während sich beim Dämpfungssyndrom, das regulativ-dämpfende Funktionen erfaßt, keine signifikanten Unterschiede zwischen der Magersuchts- und Kontrollgruppe entsprechend den Verdrängungsmerkmalen im Rorschach-Test ergaben, entsprachen die Werte der Stimulationssyndrome unseren Erwartungen sowohl hinsichtlich der Extremreaktionen, als auch in bezug auf die These einer zeitweilig allgemein erhöhten Außenweltbezogenheit und Irritierbarkeit der magersüchtigen Patientinnen. Letztere Komponenten ließen sich aufgrund des erhöhten Stimulationssyndroms der anorektischen Mädchen in den häßlichen Pyramiden ableiten, während die Extremreaktionen, die in den schönen Pyramiden statistisch gesichert werden konnten, u.U. in dieselbe Richtung weisen, in der wir anhand der Rorschach-Befunde interpretiert haben; damit ist die Hypothese gemeint, daß mit der Zeit eine starke Koartation im Zuge der Regression zu erfolgen scheint. Überraschend und relativ unverständlich ist jedoch die Tatsache, daß sich zwischen den Stimulationssyndromen und den Farbwerten im Rorschach-Versuch keinerlei Korrelationen oder auch nur Tendenzen in dieser Richtung zeigen. Das weist darauf hin, daß vermutlich verschiedene Seiten der Affektivität erfaßt werden und dieses Faktum einer weiteren Untersuchung bedarf. Die ebenfalls unerwarteten Befunde der

signifikant erniedrigten BRAUN-Wahlen in den häßlichen Pyramiden haben wir in der Richtung interpretiert, daß die anorektischen Mädchen häufig alle Energien vordergründig verbrauchen und weniger vitale Reserven haben, als man gewöhnlich annimmt, womit in schweren Fällen die Gefahr eines plötzlichen Todes gegeben ist.

Kehren wir zu der Interpretation der Rorschachbefunde zurück, so mag man bei der Verfolgung der bisherigen Ausführungen die oralen Probleme vermissen und sich fragen, warum diese Thematik bisher nicht berührt wurde. Dies vor allem deshalb, weil die oralen Schwierigkeiten besonders dominieren und im Vordergrund zu stehen scheinen. HILTMANN (1961) hat in ihren Rorschach-Protokollen larvierte orale Komplexantworten gefunden, die wir in Einzelfällen (vor allem bei Patientinnen mit leicht psychotischen Zügen, also bei vermutlich besonders tief regredierten Patientinnen) auch beobachten konnten. Wir haben aber dieses Merkmal nicht berücksichtigt, weil es nur selten auftrat und somit auch statistisch nicht verifiziert werden konnte, wie überhaupt jeder Versuch, inhaltliche Faktoren zu erfassen, bisher mißlang. Trotz mangelnder direkter Hinweise auf orale Störungen, kommen wir jedoch auf indirektem Wege, und zwar über die in den Tests nachweisbaren depressiven Komponenten zu eben der gleichen Vermutung, die auch HILTMANN (1961) aufgrund ihrer Resultate vertritt, daß Störungen in der oralen Phase und damit Störungen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung vorliegen müssen und in schweren Fällen eine allgemeine Regression auf diese frühe orale Stufe erfolgt. Die nun wiederkehrende intensive Abhängigkeit von der Mutter wird verleugnet, die Befreiung - wie auch Helene DEUTSCH beschreibt - durch orale Einschränkung versucht. "So können verschiedene Esstörungen, angefangen von den leichten Schwankungen bis zur 'Anorexia nervosa' einen pathologisch gesteigerten Kampf zwischen der infantilen Mutter-Bindung und den mißlungenen Befreiungsversuchen darstellen" (Helene DEUTSCH, 1959² I, S. 25). Die orale Versagung verstärkt dann die Sehnsucht nach der Mutter und wird durch verstärkte orale Versagung beantwortet. "Ein der unbewußten Sehnsucht nach dem Einssein mit der Mutter entgegengesetztes Verhalten

bestimmt das manifeste Bild" (THOMÄ 1961, S. 274). "Im Extremfall kann es zu einer Verkenennung der Realität kommen und zwar in der Weise, daß die potentiell größere Gefahr in einer voll erlebten, sowohl vom bewußten Ich apperzipierten als auch verwirklichten Befriedigung des Nahrungsdranges erblickt wird, während die drohende faktische Gefahr des Hungertodes scheinbar gleichgültig hingenommen wird. Diese Verkehrung ist das Ergebnis einer langen Reihe von Abwehrvorgängen, die schließlich auch zu einer eingengten Realitätsprüfung führt" (THOMÄ 1961, S. 268).

Während auch für die Mutter-Kind-Problematik keine inhaltlichen Merkmale gefunden werden konnten, zeigen sich bei den Magersüchtigen in bezug auf die Anzahl der Schocks, die bei Tafel VII auftreten, Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Tabelle XI. Anzahl der Schocks (in Prozenten) auf Tafel VII.

Gruppe MA _I	= 14 %	Gruppe KO _I	= 28 %
Gruppe MA _{II}	= 47 %	Gruppe KO _{II}	= 57 %
Gruppe MA _{III}	= 70 %	Gruppe KO _{III}	= 20 %

Da diese Rorschach-Tafel im allgemeinen als Muttertafel angesehen wird, bzw. hier erfahrungsgemäß Störungen auftreten, wenn eine Mutter-Kind-Problematik vorhanden ist, können diese Schocks als bedeutsam in Richtung einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung gewertet werden. Die Prozentzahlen auf Tabelle XI lassen erkennen, daß die "normalen" Probandinnen in der Adoleszenzzeit große Schwierigkeiten mit der Mutter zu haben scheinen, die in den meisten Fällen jedoch mit zunehmendem Alter zu einer positiven Lösung kommen.

Die anorektischen Patientinnen dagegen haben in der Pubertät und in der Adoleszenz im Durchschnitt weniger Schocks auf dieser Tafel, dafür aber bedeutend mehr im Erwachsenenalter. Das könnte ein Hinweis darauf sein, daß die Schwierigkeiten mit der Mutter in der Pubertät und Nachpubertät

zum großen Teil abgewehrt werden und dadurch nicht bewältigt werden können, so daß die konflikthafte Beziehung weiterbesteht und sich allmählich immer mehr verschärft.

Alle diese Überlegungen streifen jeweils nur die Frage, warum die Kranken nicht essen oder geben indirekte Hinweise. Wir haben darum versucht, den Grund dafür aufzufinden, warum das sichtbarste Symptom von den psychodiagnostischen Verfahren her so schwer zu diskutieren ist bzw. nur hypothetisch behandelt werden kann.

Wie THOMÄ feststellt, "ergibt die ... Angst der Kranken, ihre weibliche Geschlechtsrolle zu übernehmen" (THOMÄ 1961, S. 331) einen ersten Zugang zur Psychogenese dieses Krankheitsbildes. Die Krankheit beginnt in den meisten Fällen in der Pubertät oder Nachpubertät, also zu einem Zeitpunkt, wo die körperlichen Umgestaltungen die Entwicklung zur Frau vorandrängen. Nach unserer Hypothese setzen jetzt die starken Verdrängungen ein. Unsere durch die Testbefunde unterbaute Vermutung geht nun dahin, daß es verschiedene Krankheitsverläufe gibt, die davon abhängen, wie stark die Fixierungen sind und in welcher Phase die Schwerpunkte der Fixierungen liegen. Wir nehmen an - und diese Annahme wird durch die beobachteten Krankheitsverläufe unserer Patientinnen unterstützt -, daß die stärker auf der ödipalen Stufe fixierten Patientinnen zu einem lärmenden, sehr neurotisch anmutenden Krankheitsverlauf tendieren, der schnell zum Tode führen kann und eher an einen Suicidversuch erinnert als an ein psychosomatisches Geschehen.

In der Behandlung fallen die Patientinnen durch starkes Agieren und den Versuch auf, immer wieder Dreieckssituationen zu konstellieren, die zu dramatischen Auseinandersetzungen führen, wobei betont werden muß, daß diese Mädchen fast nie genitale oder auch nur zärtliche Beziehungen gehabt haben. Dieser dramatische Krankheitsverlauf scheint vor allem bei Mädchen aufzutreten, die prämorbid eher akzeleriert waren und vermutlich ein Stück ödipaler Problematik durchlebt und bewältigt haben, bevor es in der Pubertät zu dem Wiederbeleben dieser Konflikte kam.

Bei den stärker gestörten und vorwiegend in der oralen Phase sehr fixierten Patientinnen scheint es viel eher zu einer tiefen Ich- und Trieb-Regression zu kommen, weil die Phase des ödipalen Konfliktes vermutlich nur andeutungsweise durchlebt werden konnte. Der Krankheitsverlauf ist dann nicht so dramatisch und zeigt weniger sichtbare neurotisch auffallende Verhaltensweisen, weil die Verdrängungen durch die gefährliche Abhängigkeit von der Mutter so intensiviert und durch Verleugnungen verstärkt sind, daß sie mehr zu einem chronifizierten, psychosomatischen Krankheitsbild im eigentlichen Sinne führen. In der Behandlung dominiert die Mutter-Kind-Thematik verbunden mit Verlassenheitsgefühlen und einer gewissen Resignation dem Leben gegenüber.

Dieser äußerlich weniger auffallende Krankheitsverlauf scheint mehr bei den Patientinnen aufzutreten, die durch die schweren Störungen bedingt prämorbid retardiert waren und erst spät in die Pubertät kamen, wobei die aktivierten Schwierigkeiten sofort die Regression auf tiefere Stufen einleiteten.

Sind bei den ersteren Patientinnen die oralen Probleme im Vergleich zu den ödipalen weniger dominierend und darum nicht im Test zu erkennen, so treten bei den letzteren schneller und stärker regredierten Patientinnen die Verdrängungen und Verleugnungen so in den Vordergrund, daß sie in den angewandten Testverfahren völlig überhand nehmen und keine inhaltlichen Merkmale mehr erkennen lassen. Nur dann, wenn eine besonders tiefe Regression erfolgt und fast psychotische Züge auftauchen, zeigen sich oral-sadistische Komplexantworten, die aber nur in Einzelfällen beobachtet werden konnten.

Nun ist noch offen, inwieweit die Intelligenz bei den geschilderten Krankheitsverläufen eine Rolle spielt. Dabei ist zu sagen, daß es hier keine eindeutige Zuordnung zu diesem oder jenem Verlauf gibt. Je intelligenter die Patientinnen sind, desto früher scheinen sich die Konflikte zu konstellieren und desto intensiver wird die Abwehr gehandhabt. Verbindet sich gute Intelligenz mit vorwiegend ödipaler Problematik, umso lärmender sind die körperlichen

und psychischen Symptome. Je niedriger dagegen die Intelligenz ist und je mehr orale Fixierungen dominieren, desto später beginnt der eigentliche Krankheitsprozeß und umso unauffälliger und schleichender ist der Verlauf, der allmählich in ein mehr chronifiziertes, irreversibles Geschehen einmündet.

Diese eben geschilderten Verläufe können in einigen Fällen genau so beobachtet werden, während es natürlich Überschneidungen gibt, die dazu beitragen, dieses Krankheitsbild so relativ unübersichtlich und wenig einheitlich erscheinen zu lassen.

Zuletzt möchten wir uns mit der Frage, ob die Anorexia nervosa zu den Neurosen oder Psychosen gerechnet werden muß, befassen. Während MENG (1944) den Begriff der Organpsychose einführt und darlegt, daß sich das Ich eines solchen Organpsychotikers wie das eines Psychotikers von der Außenwelt abwendet und tiefer regrediert als das eines Neurotikers, wird von anderen Autoren betont, daß es sich hier um eine echte Neurose (LUKAS 1956) handelt. BLISS und BRANCH (1960), ZUTT (1962) u.a. sehen dagegen fließende Übergänge und meinen, daß es leichtere Fälle gibt, bei denen man von einer neurotischen Erkrankung sprechen kann und schwerere, die einer psychotischen Erkrankung zugerechnet werden müssen. - Wir sind bei unseren Darlegungen im wesentlichen den Gedankengängen von THOMÄ (1961) gefolgt und sind vor allem auch aufgrund unserer Ergebnisse zu der Auffassung gekommen, daß die Anorexia nervosa primär eine Neurose ist. "Die Neurosen sind der Ausdruck von Konflikten zwischen dem Ich und solchen Sexualstrebungen, die dem Ich als unverträglich mit seiner Integrität oder seinen ethischen Ansprüchen erscheinen" (FREUD 1922, S. 222). FREUD führt dann weiter aus, daß die Leistung der Verdrängung an den Sexualtrieben leicht versagt und die Libido auf frühere Entwicklungsphasen und Objekteinstellungen regrediert und dort, "wo sich infantile Fixierungen vorfinden, an den schwachen Stellen der Libidoentwicklung zum Bewußtsein und zur Abfuhr durchbricht" (FREUD 1922, S. 222). Allerdings kann nach unseren Ergebnissen die Ich- und Triebregrression bei den Magersüchtigen so weit erfolgen, die Verleugnung so intensiviert werden, daß

wie MENG (1944) es beschreibt, die Realität in einem Ausmaß verleugnet wird, wie es nur bei Psychotikern vorkommt. "Die Neurose ist der Erfolg eines Konfliktes zwischen dem Ich und seinem Es, die Psychose aber der analoge Ausgang einer solchen Störung in den Beziehungen zwischen Ich und Außenwelt" (FREUD 1924, S. 387). So kann die Anorexia nervosa zweifellos in einen Zustand einmünden, der als psychotisch bezeichnet werden muß. In diesem Sinne gefährdet sind nach unseren Ergebnissen vor allem die Patientinnen, deren Fixierungen in einem sehr frühen Entwicklungsstadium liegen und die aufgrund einer nur durchschnittlichen Intelligenz zu einem relativ späten Zeitpunkt erkranken und zu einem schleichenden Krankheitsverlauf tendieren.

Schluß: Leistungen der einzelnen Tests bzw. einer Testbatterie im Hinblick auf die Beurteilung der Behandlungsfähigkeit magersüchtiger Mädchen

Zum Schluß kommen wir nun zu einem für die Praxis sehr wichtigen Problem, und zwar zu der Frage, inwieweit von den psychodiagnostischen Verfahren her prognostische Voraussagen gemacht werden können. Wie aus den bisherigen Ausführungen schon zu entnehmen ist, kann eine solche Frage nicht eindeutig anhand einzelner Merkmale entschieden werden, weil sowohl die Intelligenz als auch die Schwere und die Art der Fixierungen berücksichtigt werden müssen. Dabei haben wir noch völlig außer acht gelassen, daß das Alter der Patientinnen und die Erkrankungsdauer ebenfalls eine erhebliche Rolle spielen und in die Betrachtungen mit einbezogen werden müssen.

Gehen wir von den Voraussetzungen für eine Behandlung aus, so ist für jede Art psychotherapeutischer und psychoanalytischer Behandlung ein gewisses Maß an Intelligenz, emotionaler Differenzierung und Introspektionsfähigkeit notwendig und darüberhinaus eine relative Stabilität der Ich-Funktionen, damit integrative Leistungen möglich sind.

Diese Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie gelten natürlich auch für die magersüchtigen Patientinnen. Das würde besagen, daß bei geringer Intelligenz, mangelnder emotionaler Differenzierung und Introspektionsfähigkeit die Prognose negativ gestellt werden muß. Im allgemeinen trifft das natürlich zu. Die daraus abzuleitende Hypothese, daß mit der Stärke der Verdrängungen und Verleugnungen die prognostischen Chancen abnehmen, hat sich bei uns bestätigt. Gehen wir von dem Merkmalsverband der Verdrängungen aus, würde das bedeuten, daß mit zunehmenden Verdrängungspunkten sich die Prognose verschlechtert. Letzteres trifft nach unseren Erfahrungen mit diesen Patientinnen auch voll und ganz zu. Bei allen Kranken, die 6 und mehr Verdrängungspunkte haben, wurde die Prognose eher negativ gestellt (bei 9 Patientinnen bzw. 28 % der Fälle; 14 % der Gruppe I, 27 %

der Gruppe II, 40 % der Gruppe III). 3 Patientinnen davon wurden nicht behandelt, bei den anderen 6 Kranken konnte keine erhebliche Besserung erzielt werden, die Behandlung wurde relativ früh von den Patientinnen oder vom Therapeuten abgebrochen.

Diese Beziehung, daß je mehr Verdrängungspunkte registriert werden können, desto schlechter die Prognose gestellt werden muß, kann jedoch nicht umgekehrt angewandt werden in der Richtung, daß die Prognosen umso günstiger sind, je weniger Verdrängungspunkte registriert werden können. Gerade die Patientinnen mit nur ein bis zwei Verdrängungspunkten sind diejenigen, die durch ihre große Labilität besondere Schwierigkeiten machen. Es sind die Kranken, die zu einem dramatischen Krankheitsverlauf neigen und schnell eine oberflächliche Übertragung aufbauen, die ebenso unvermittelt wieder fallen gelassen wird. Wie aus Tabelle VIII zu ersehen ist, sind es vorwiegend die Patientinnen mit den extrem hohen Farbreaktionen im Rorschach-Test, die bis zu einem extrem niedrigen Gewicht abmagern. Sie scheinen unter einem starken Triebdruck zu stehen und den Versuch zu machen, die schon früher beschriebenen damit einhergehenden diffusen Ängste durch Agieren zu bewältigen, weil die Verdrängungs- bzw. Abwehrmechanismen im Verhältnis zum Triebdruck noch zu schwach entwickelt sind. Es sind die Kranken, von denen CLAUSER (1964) sicher mit Recht behauptet, daß sie besondere Ansprüche an die Fähigkeit des Therapeuten stellen, und die nach unserer Erfahrung zu dem schon erwähnten neurotischen Suicid neigen, wodurch eine besondere Gefährdung gegeben ist.

Prognostisch günstiger sind daher im allgemeinen die Patientinnen mit den mittleren Verdrängungspunkten (47 % unserer Magersüchtigen), die einerseits nicht unter dramatischen Triebdurchbrüchen leiden, noch ihre Gefühlsregungen extrem abwehren. Die ersteren erschweren durch ihr Agieren, auch auf körperlichem Gebiet, die therapeutischen Bemühungen, während die letzteren infolge der Stärke der Verdrängungen nicht mehr erreicht werden können. Psychodynamisch gesehen haben nach unseren Erfahrungen diejenigen eine günstigere

Prognose, die weniger starke Fixierungen sowohl auf der ödipalen als auch auf der oralen Stufe erkennen lassen und entsprechend der Triebstärke ein gewisses Maß an Verdrängungsmöglichkeiten haben.

Direkte, fest umrissene Daten im Hinblick auf einzelne Merkmale oder Merkmalskombinationen können nicht herausgestellt werden, weil bei der Vielfalt der Überschneidungen in jedem Fall neu kombiniert werden und man die Merkmale gegeneinander abwägen muß. Wie im allgemeinen bisher nur schwer positive Prognosen gestellt werden können, so ist das auch bei den Magersüchtigen der Fall. Negative Prognosen sind grundsätzlich eher möglich und können auch von uns vorsichtig formuliert werden: Je mehr die gesamten Verdrängungspunkte unseres Merkmalsverbandes eine mittlere Zahl übersteigen, desto ungünstiger sind die Erfolgchancen. Diese negative Prognose verschlechtert sich noch, je geringer die Farbreaktionen sind. Das stimmt mit der von THOMÄ geäußerten Feststellung überein, daß "behandlungstechnisch die Schwierigkeiten wachsen, wenn depressive Strukturen im engeren Sinn vorliegen" (THOMÄ 1961, S. 276). Wenn demgegenüber wenig Verdrängungspunkte mit extrem hohen Farbreaktionen einhergehen, muß man sich nach unseren Erfahrungen auf eine schwierige Behandlung vorbereiten, die relativ schnell eine günstige oder ungünstige Wendung nehmen kann.

Die Intelligenz spielt bei der Beurteilung der Behandlungsfähigkeit nur eine untergeordnete Rolle. Selbstverständlich verschlechtert sich die Prognose bei knapp durchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher Intelligenz, weil gewisse intellektuelle Fähigkeiten Voraussetzung für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen sind. Demgegenüber ist ein allzu hohes intellektuelles Niveau erfahrungsgemäß auch eher ungünstig, weil die Abwehr so geschickt gehandhabt werden kann, daß man nur schwer an die emotionalen Reaktionen herankommt. Auch hier wiederholt sich wieder, daß die extremen Möglichkeiten eher zu negativen Beurteilungen führen und alle mehr im Mittelbereich liegenden Reaktionen therapeutisch günstiger sind.

Diese prognostischen Hinweise mögen Anhaltspunkte sein, die der weiteren Nachprüfung bedürfen. Sie entsprechen unseren therapeutischen Erfahrungen mit diesen Patientinnen und geben uns die Möglichkeit, Therapieverläufe annäherungsweise vorauszusagen.

Literaturverzeichnis

- BAHNER, F.: Fettsucht und Magersucht. - In: Handbuch der Inneren Medizin, 4. Aufl., Bd. VII/1. Berlin (Springer) 1954
- BASTIAANS, J.: Psychiatrische Bemerkungen zu Problemen der Fettsucht und Magersucht. - Psyche XVI, 1962/63, 615.
- BEECH, H.R.: An Experimental Investigation of Sexual Symbolism in Anorexia nervosa Employing a Subliminal Stimulation Technique, Preliminary Report. - In: Psychosom. Med. XXI 1959, 277
- BINDER, H.: Die Helldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach.- Neuauflage, Bern u. Stuttgart (Hans Huber) 1959
- BLISS, E.L. und BRANCH, C.H.: Anorexia nervosa, Monograph, New York (Hoeber) 1960
- BOHM, E.: Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. - Bern (Hans Huber) 1957²
- BOHM, E.: Psychodiagnostisches Vademecum. - Bern (Hans Huber) 1960
- BRÜCKNER, P.: Konflikt und Konfliktschicksal. Eine Einführung in die Verlaufsanalyse von Rorschach-Protokollen. - Bern u. Stuttgart (Hans Huber) 1963
- BUSEMANN, A.: Krisenjahre im Ablauf der menschlichen Jugend.- Ratingen (Henn) 1953
- CLAUSER, G.: Das Anorexia-nervosa-Problem unter besonderer Berücksichtigung der Pubertätsmagersucht und ihrer klinischen Bedeutung. - Ergebn. d. Inn. Med., NF., Bd. 21. Heidelberg (Springer) 1964
- CLAUSER, G.: Verhaltensanalyse und aktiv-analytische Psychotherapie pubertätsmagersüchtiger Mädchen. - Prax. Kinderpsychol. 10, 1961, 278
- DEUTSCH, H.: Psychologie der Frau. - 2 Bde, Bern (Hans Huber) 1959²
- FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. - London (Imago Publishing) 1946
- FREUD, A.: Probleme der Pubertät. - Psyche XIV, 1960/61, 1
- FREUD, S.: Gesammelte Werke, Bd. I - XVII.- London (Imago Publishing) 1940, 1941, 1942, 1943, 1946, 1947, 1952
- Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Bd. V, 1905
- Die Verdrängung, Bd. X, 1915
- Das Unbewußte, Bd. X, 1913
- Zur Einführung in den Narzißmus, Bd. X, 1914
- Triebe und Triebchicksale, Bd. X, 1915
- Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Bd. XI, 1917
- "Psychoanalyse" und "Libidotheorie", Bd. XIII, 1922
- Das Ich und das Es, Bd. XIII, 1923

- Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose, Bd. XIII, 1924
- Neurose und Psychose, Bd. XIII, 1924
- Hemmung, Symptom und Angst, Bd. XIV, 1926
- Über die weibliche Sexualität, Bd. XIV, 1930
- Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Bd. XV, 1933
- Abriß der Psychoanalyse, Bd. XVII, 1938
- GROFFMANN, K.J.: Die Intelligenz als psychodynamische Funktion. - Aus: Dialektik und Dynamik der Person. Festschrift für R. HEISS zum 60. Geburtstag. (Kiepenheuer & Witsch) 1963
- HARTMANN, H.: Ichpsychologie und Anpassungsproblem. - In: Psyche XIV, 1960, 81
- HEISS, R.: Allgemeine Tiefenpsychologie. - Bern (Hans Huber) 1956
- HEISS, R.: Der Farbpolygonentest. - Psychol. Rundschau III, 1952, 1 - 11
- HEISS, R.: Die diagnostischen Methoden in der Psychologie. - Psychol. Rundschau I, 266-275; II, 9-19, 63-75, 128-136, 1951
- HEISS, R.: Einführung in den Farbpolygonentest. - (i. Manuskript 1958, zitiert nach HOUBEN)
- HEISS, R.: Psychologische Diagnostik. - Handbuch der Psychologie, Bd. VI. Göttingen (Hogrefe) 1964
- HEISS, R. und H. HILTMANN (Hrsg.): Der Farbpolygonentest nach Max PFISTER. - Bern (Hans Huber) 1951
- HEISS, R. u. I. HONSBURG u. H. KARL: Vorläufige Mitteilungen über die Verwendung von "häßlichen Pyramiden" im Farbpolygonentest. - Z. diagn. Psychol. III, 1955, 106-124
- HILTMANN, H.: Das Rorschach-Syndrom der Pubertätsmagersucht. - Int. Rorsch.-Kongreßbericht. Bern (Hans Huber) 1961
- HILTMANN, H. u. D. BASELER: Die klinische Bedeutung der verbalen und der nicht-verbalen Intelligenz. - Aus: Dialektik und Dynamik der Person. Festschrift für R. HEISS zum 60. Geburtstag (Kiepenheuer & Witsch) 1963
- HILTMANN, H. u. G. CLAUSER: Psychodiagnostik und aktiv-analytische Psychotherapie Jugendlicher, dargestellt an der Pubertätsmagersucht. - In: Prax. Psychother. VI, 1961, 168
- HOFSTÄTTER, P.R.: Einführung in die quantitativen Methoden der Psychologie. - München (Joh. Ambr. Barth) 1953
- HOUBEN, A.M.J.: Beitrag zur Bestimmung der Interpretationsgültigkeit des Farbpolygonentests. - In: Psychol. Forschung, Bd. XXVII. Heidelberg (Springer) 1963, 62-148
- HOUBEN, A.M.J.: Die Reliabilität des Farbpolygonentests. - Diagnostica VIII/3, Göttingen (Hogrefe) 1962
- JORES, A.: Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa. - In: Acta Neurovegetativa XXIV, 1962, 607

- KLEIN, M.: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. - Stuttgart (Ernst Klett) 1962
- KLEIN, M.: Die Psychoanalyse des Kindes. - Wien (Internat. Psychoanal. Verlag) 1932
- KLOPFER, B. u. D. M. KELLEY: The Rorschach Technique. - New York (World Book Company) 1942
- KLOPFER, B.; M.D. AINSWORTH; G.W. KLOPFER; R.R. HOLT: Developments in the Rorschach Technique. - New York (World Book Company) 1954
- LERSCH, Ph. u. H. THOMÄ: Persönlichkeitsforschung und Persönlichkeitstheorie. - in: Handbuch der Psychologie, Bd. IV. Göttingen (Hogrefe) 1960
- LUKAS, H.: Therapie einer Magersüchtigen. - In: Z.Psychother. med. Psychol. VI, 1956, 159
- MAHLER, E. und H. THOMÄ: Über die simultane Psychotherapie einer Anorexia-nervosa-Kranken und ihrer Mutter. - In: Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. III. Bern (Hans Huber) 1964, 174
- MENG, H.: Psyche und Hormon. - Bern (Hans Huber) 1944
- MEYER, J. E.: Das Syndrom der Anorexia nervosa. Katamnestische Untersuchungen. - In: Arch. Psychiat. Nervenkr. 202, 1961, 31.
- MITSCHERLICH, A.: Anmerkung über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. - In: Psyche XV, 1961, 1-25.
- MITSCHERLICH, A.: Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. - In: Psyche VII, 1953/54, 561-578.
- MITTENECKER, E.: Planung und statistische Auswertung von Experimenten. - Wien (Frenz Deuticke) 1964⁴.
- MONS, W.: Principles and Practice of the Rorschach Personality Test. - London (Faber and Faber) 1957
- MOSER, U.: Zur Abwehrlehre: Das Verhältnis von Verdrängung und Projektion. - In: Jahrbuch der Psychoanalyse III, Bern (Hans Huber) 1964, 56.
- NEUMANN, B. e M. Selvini PALAZZOLI: Studio Rorschach di 26 protokoll di pazienti affetti da anoressia mentale. Rorschachiana, zit. nach HILTMANN.
- NUNBERG, H.: Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage. - Bern (Hans Huber) 1959².
- PALMER, J.O.; J.N. MENSCH and J.S. MATARAZZO: Anorexia nervosa, Case History and Psychological Examination Data with Implications for Test Validity. - In: J. clin. psychol. VIII, 1952, 168.
- POROT, M.: Le test de Rorschach dans l'anorexie mentale. - Algérie méd. 50, 1947, 60.
- RORSCHACH, H.: Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experimentes. Arbeiten zur angewandten Psychiatrie, Band II, Bern und Leipzig (Ernst Bircher) 1921. 4. u. folgende Auflagen Bern (Hans Huber) 1941

- SALOMON, F.: Die symbolische Bedeutung der formalen Rorschach-Faktoren. - Int. Rorschach-Kongressbericht. Bern (Hans Huber) 1961
- SALOMON, F.: Ich-Diagnostik im Zulliger-Test. Eine genetisch-strukturelle Rorschach-Technik. Bern (Hans Huber) 1962.
- SIEGEL, S. and J. W. TUCKEY: A Nonparametric Sum of Ranks Procedure for Relative Spread in Unpaired Samples. - In: Journ. of the American Statistical Assoziation, 55, 1960, 421-445
- SOMMER, B.: Die Pubertätsmagersucht als leib-seelische Störung einer Reifungskrise. - In: Psyche IX, 1955/56, 307
- THIEMANN, E.: Die Pubertätsmagersucht als überwiegend psychisch bedingte Erkrankung. - Stuttgart (Schattauer) 1957
- THOMÄ, H.: Anorexia nervosa. Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht. - Bern und Stuttgart (Hans Huber und Ernst Klett) 1961
- THOMÄ, H.: Psychosomatische Aspekte der Magersucht. - In: Psyche XVI, 1962/63, 600
- TOMAN, W.: Dynamik der Motive. Eine Einführung in die klinische Psychologie. - Wien (Humboldt) 1954
- UNDEUTSCH, U.: Die Sexualität im Jugendalter. - In: Stud. Gen. III, 1950, 8
- UEXKÜLL, Th. v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. - Reinbeck bei Hamburg (Rowohlt) 1963
- WAELDER, R.: Die Grundlagen der Psychoanalyse. Schriften zur Psychoanalyse und psychosomatischen Medizin. Bd. I. - Bern und Stuttgart (Hans Huber und Ernst Klett) 1963
- ZELLER, W.: Über die psychophysische Entwicklung des Kindes. - In: Stud. Gen. V, 1952, 5
- ZILLIG, M.: Psychologie des Jungmädchens. - Heidelberg (Quelle & Meyer) 1949
- ZILLIG, M.: Unterschiede seelischer Reifung in einer 7. Mädchenklasse. - In: Schule und Psychologie I, 1954, 9
- ZULLIGER, H.: Erfahrungen und Probleme mit dem Formdeute-Test bei Jugendlichen. - In: Psychol. Rundschau, Bd. IV, 1953, 262-274
- ZULLIGER, H.: Der Zulliger-Tafeln-Test. Tafeln-Z-Test. - Bern (Hans Huber) 1962²
- ZUTT, J.: Zur Anthropologie der Pubertätsmagersucht. - In: Acta Neurovegetative XXIV, 1962, 616

Lebenslauf

Am 2. Februar 1928 wurde ich als erstes Kind des Oberregierungsrates Dr. Richard Lange und seiner Ehefrau Ilse, geb. Vowinkel in Düsseldorf geboren und evangelisch getauft.

Im April 1934 wurde ich eingeschult. Nach vierjährigem Volksschulbesuch ging ich zwei Jahre lang auf die Oberschule in Düsseldorf und besuchte danach bis Januar 1945 die Oberschule in Königsberg/Ostpreußen. Anschließend war ich noch ein Jahr lang Schülerin der Oberschule in Glauchau/Sachsen, bis ich im Januar 1946 nach Westdeutschland kam. Nach kurzer Tätigkeit auf dem Lande arbeitete ich als Praktikantin in dem Seminar-Kindergarten in Düsseldorf-Kaiserswerth. Im April 1947 begann ich meine Ausbildung als Kindergärtnerin, die ich im April 1949 abschloß. Danach arbeitete ich drei Jahre lang als Kindergärtnerin und trat Ostern 1952 in das Jugendleiterinnen-Seminar in Düsseldorf-Kaiserswerth ein. Nach dem Examen im Herbst 1953 arbeitete ich ein halbes Jahr als Jugendleiterin in einem Kinderheim in Wittdün/Amrum. Anschließend daran besuchte ich zwei Jahre lang das staatliche Institut zur Erlangung der Hochschulreife in Oberhausen im Rheinland und bestand im März 1956 die Reifeprüfung.

Im Sommersemester 1956 begann ich an der Universität Freiburg im Breisgau das Studium der Psychologie, das ich im November 1960 mit der Diplom-Prüfung für Psychologen abschloß. Seitdem bin ich als Verwalterin einer wissenschaftlichen Assistentenstelle an der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg tätig.

Allen meinen akademischen Lehrern bin ich sehr zu Dank verpflichtet, vor allem Herrn Professor Dr. Heiß und Frau Professor Dr. Hiltmann. Besonders danke ich auch den Mitarbeitern an der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg für ihre Bereitschaft, Probleme der psychosomatischen Medizin mit mir zu diskutieren und mannigfaltige Anregungen zu geben.

Heidelberg, den 1.9.1964

Jutta Lange

